

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**CONHECENDO O PROCESSO DE *CO-DEPENDÊNCIA*
NAS FAMÍLIAS *ADICTAS*: UMA REFLEXÃO SOBRE AS
POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 10.10.06

**FLORIANÓPOLIS
2005**

ROSEMÉRI STEIN

**CONHECENDO O PROCESSO DE *CO-DEPENDÊNCIA*
NAS FAMÍLIAS *ADICTAS*: UMA REFLEXÃO SOBRE AS
POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social, do Departamento
de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico
da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª. Viviane Bergler Fernandes

**FLORIANÓPOLIS
2005**

ROSEMÉRI STEIN

**Conhecendo o Processo de *Co-Dependência* nas famílias *Adictas*:
Uma Reflexão sobre as Possibilidades de Atuação do Serviço Social nas
Equipes de Saúde Mental.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço
Social de Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

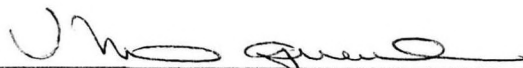
A Comissão Examinadora é integrada pelos membros:



Profa. Viviane Berfler Fernandes – Assistente Social –
Orientadora



Profa. Dra. Cláudia Voigt Espínola – Assistente Social –
1ª. Examinadora



Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira – Assistente Social
2ª. Examinadora

*Dedico este trabalho a todos aqueles que
não desistem de seus sonhos...*

Agradeço...

Ao “Deus” que habita em nosso interior e que nos impulsiona para a vida.

A Assistente Social Jaira e ao Grupo de Prevenção a Recaídas para Famílias, pelo compartilhar de conhecimentos, pela oportunidade oferecida e pela confiança.

Às Professoras Cláudia e Vera, por terem aceitado meu convite para participarem da banca e a Viviane, pela orientação na construção deste trabalho.

A todos aqueles que direta ou indiretamente compartilharam deste processo comigo, em especial:

Ao meu marido Sandro e as nossas lindas filhas, Thayse e Ana Clara, pelo apoio e paciência.

Ao meu irmão Ivan, por ser tão especial na minha vida e por me distrair com seu arsenal de filmes.

As minhas queridas amigas: Carla, que me animou com seu entusiasmo pela profissão, e Eliana, pelo seu exemplo de força e pela amizade em todos os momentos.

As minhas colegas de trabalho: Ana, Cris, Graça, Kéia, Neusa, Rita e Tânia (mesmo distante) e ao colega Ademir, por entenderem a importância deste momento.

Ao meu especial e amado amigo Jean, pelo estímulo, pelo apoio, pelos livros, pelas dicas e pelo imenso carinho que dividiu comigo.

Obrigada a todos!

A atividade social e o espírito social não existem apenas na forma de uma atividade diretamente comunitária e de um espírito imediatamente comunal. [...] mesmo quando eu sozinho desenvolvo uma atividade científica [...] sou social porque é enquanto homem que realizo tal atividade. Não é só o material da minha atividade [...] que me foi dado como produto social. A minha própria existência é atividade social.

Marx, 1975.

RESUMO

STEIN, Roseméri. **Conhecendo o Processo de Co-Dependência nas Famílias Adictas**: Uma Reflexão sobre as Possibilidades de Atuação do Serviço Social nas Equipes de Saúde Mental. Trabalho de Conclusão de Curso – Florianópolis: Departamento de Serviço Social – Centro Sócio Econômico – Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

Este trabalho propõe contribuir para a reflexão sobre a atuação profissional nas equipes de saúde mental. Com esta reflexão objetivamos conhecer as possibilidades de atuação do profissional do Serviço Social nestas equipes, onde este tem se deparado com temas como *adicção* e *co-dependência* sendo incorporados às demandas trazidas pelas famílias, que historicamente têm sido atendidas por este profissional. Abordar estes temas exige repensar não só a prática profissional, mas principalmente o arcabouço teórico-metodológico que dá direcionamento a esta prática, pois a inserção em equipes onde os mais diversos saberes são congregados, implica, no mínimo, em uma aproximação com estes conhecimentos. Esta aproximação acaba por desafiar barreiras internas à própria profissão e corporativismos profissionais externos. No entanto, o profissional que busca dar densidade ao seu fazer, tem como principal desafio consolidá-lo com o projeto ético-político-profissional defendido pela categoria. Para esta reflexão buscamos conhecer, através da técnica de observação simples, a experiência profissional de uma assistente social inserida numa equipe para tratamento de *adictos* e seus *co-dependentes*. Inicialmente apresentamos alguns aspectos relacionados ao processo de *co-dependência* nas famílias *adictas*, e após resgatamos historicamente a trajetória do Serviço Social na área de saúde, dando especial destaque à inserção de seus profissionais na saúde mental. O processo de observação foi desenvolvido numa clínica para tratamento de *adicções*, cujo grupo observado, composto por familiares de pacientes, é atualmente coordenado por uma assistente social. Ao final deste trabalho apontamos algumas considerações sobre a observação realizada e reflexões sobre as implicações da busca de novas alternativas teórico-metodológicas para o Serviço Social.

Palavras-chaves: *Adicção. Co-dependência. Famílias. Grupos. Saúde mental. Serviço Social.*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I – O PROCESSO DE <i>CO-DEPENDÊNCIA</i> NAS FAMÍLIAS <i>ADICTAS</i>	15
1.1 Famílias <i>Adictas</i> : Conhecendo o Processo de <i>Co-Dependência</i>	16
1.2 <i>Co-Dependência</i> : Abordagem dos Aspectos Sociais	23
CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO CENÁRIO BRASILEIRO: VELHOS CAMINHOS – NOVAS POSSIBILIDADES.....	29
2.1 Serviço Social e Saúde – Conhecendo a Trajetória da Intervenção Profissional no Brasil.....	30
2.2 Serviço Social e Saúde Mental – Trilhando Novos Caminhos para a Intervenção com Famílias.....	39
CAPÍTULO III – O PROCESSO DE OBSERVAÇÃO: CONHECENDO UMA EXPERIÊNCIA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL COM FAMÍLIAS <i>ADICTAS</i>	45
3.1 O Espaço Institucional – Caracterizando o Contexto Observado	46
3.2 O Processo de Observação – Considerações Metodológicas.....	50
3.3 A Atuação Profissional com Famílias <i>Adictas</i> – Algumas Observações	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS	73
APÊNDICES	77

APRESENTAÇÃO

A construção desse trabalho de conclusão de curso foi uma tarefa desgastante. Foram tantos obstáculos: mudanças de orientador, de tema, de direcionamento para este tema, problemas pessoais, enfim muitos fatores que acabaram interferindo neste momento, que é pré-requisito não apenas para a obtenção de um título, mas, principalmente, para a concretização de um sonho.

Este processo não deveria ser assim. Afinal este trabalho sintetiza todo nosso aprendizado ao longo do período de graduação e deveríamos apenas sistematizá-los em torno de um tema, sob a orientação de um especialista. Mas parece que “na prática a teoria é outra”.

Mesmo assim, este foi um momento enriquecedor que resgatou muitas experiências vivenciadas nestes cinco anos de permanência no meio acadêmico, destacando:

- ✓ as aulas teóricas das primeiras fases do curso;
- ✓ a experiência de vivenciar a grandeza e importância dos movimentos sociais;
- ✓ o contato com as diversas instituições e as possibilidades de atuação que estas oferecem ao profissional do Serviço Social;
- ✓ a triste constatação com relação ao descaso com nossas crianças, adolescentes e idosos (mesmo considerando os avanços na legislação);
- ✓ a enriquecedora experiência com famílias (o contato direto, a visita domiciliar, a entrevista, o estudo e o parecer social);
- ✓ as dificuldades na construção de um projeto e o primeiro contato com a pesquisa científica e com a produção de conhecimento;
- ✓ a experiência única e marcante do estágio (quantas histórias...);
- ✓ e enfim, toda uma bagagem que está aqui, presente neste trabalho.

Mesmo com esta bagagem, a definição do objeto deste trabalho demandou um longo processo, que se iniciou durante o período de estágio curricular obrigatório¹.

A partir do trabalho realizado no campo de estágio, foram surgindo oportunidades de aprofundar o contato com os temas *co-dependência* e *adição*, seja participando de congressos, seminários, cursos ou mesmo através da realização de pesquisa bibliográfica sobre estes temas.

¹ Realizado no período de 02/08/2004 a 30/11/2004, na Coordenadoria de Serviço Social – Secretaria Municipal da Administração – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Neste ínterim, foram muitos os recuos e os momentos de incertezas e angústias, mas que conduziram a um processo de amadurecimento em relação à proposta a ser trabalhada.

A opção por abordar o tema da *co-dependência* em sua relação com famílias *adictas*, porém, foi principalmente motivada por uma identificação pessoal com o tema, que acabou gerando uma curiosidade em conhecer melhor este processo e quais as contribuições que o profissional do Serviço Social pode trazer para sua abordagem.

A construção deste conhecimento demandou alguns esforços e implicou em enfrentar muitos desafios, de todas as ordens, mas que felizmente, com a colaboração de algumas pessoas, já identificadas na seção de agradecimentos, foram sendo superados, ou contornados quando superá-los era inviável.

Este trabalho, no entanto, antes de tudo, fala da intervenção do Serviço Social numa área (saúde) onde cada vez mais o seu profissional vai ganhando evidência, fazendo surgir alguns questionamentos sobre a sua atuação, como:

- ✓ É possível a atuação do Serviço Social com famílias *adictas*?
- ✓ Esse profissional está instrumentalizado teórica e metodologicamente para esta atuação?

Neste trabalho, no entanto, propomos apenas dar início a uma reflexão sobre esses questionamentos, já que respondê-los demandaria um estudo muito mais aprofundado, que aqui apenas começa a ser elaborado.

INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe uma reflexão sobre a atuação profissional nas equipes de saúde mental. Nestas equipes o Serviço Social, em sua trajetória profissional, vem ganhando espaço e visibilidade por sua capacidade de adequação as mais diversas conjunturas históricas.

No entanto, para preencher os novos espaços¹, que surgem na atual conjuntura, alguns assistentes sociais têm sentido a necessidade de incorporar outros conhecimentos ao seu fazer profissional, visando dar maior densidade a sua intervenção.

Na atualidade, termos como *adição*² e *co-dependência*³, adotados pelos profissionais das áreas “psi⁴”, tem sido freqüentemente abordados pelas equipes de saúde mental, especialmente nas clínicas particulares, que têm se especializado no tratamento da dependência química e de outras *adições*.

Nestas equipes, passa-se a exigir que os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento do paciente e sua família, tenham um domínio destes novos temas, conhecendo suas características e manifestações. Assim, estes temas vão sendo incorporados às demandas trazidas pelas famílias, que vão se destacando como co-adjuvantes no tratamento dos *adictos*, sendo caracterizadas como *co-dependentes* destes.

Esta exigência tem conduzido, especificamente, o profissional do Serviço Social a repensar, não só a sua prática, mas principalmente o arcabouço teórico-metodológico que dá direcionamento a ela, buscando dar densidade a sua atuação, através da especialização em outras áreas, como por exemplo, na terapia familiar.

A incorporação de novos saberes ao fazer profissional do Serviço Social, por sua vez, implica em lançar alguns desafios, que podem ser tanto de ordem externa a profissão, como, por exemplo, vencer os bloqueios do corporativismo profissional das áreas onde estes saberes vão ser buscados, como de ordem interna a profissão, citando as barreiras que o próprio Serviço Social impõe as teorias “importadas” como é o caso da terapia familiar.

¹ Estes novos espaços se referem tanto à oferta de trabalho nas clínicas para tratamento de *adições* (nas instituições de caráter privado), como as ofertas de trabalho provenientes de novas propostas de atuação em saúde mental (na esfera pública), como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPs, que compõe a rede de atenção à saúde mental em alguns municípios (N.A.).

² O substantivo *adição* designa a inclinação ou apego de alguém por alguma substância, pessoa ou objeto. O adjetivo *adicto* define a pessoa francamente propensa à prática de alguma coisa – crença, atividade, trabalho – ou partidária de determinados princípios, por exemplo (KALINA, 1999).

³ Processo de adoecimento emocional relacionado à convivência em um meio *adictivo* (N.A.).

⁴ Bisneto (2005), utiliza este termo para se referir aos profissionais na Psicologia e da Psiquiatria.

No rol destes desafios incluem-se ainda as necessidades de conciliar estes novos conhecimentos com as orientações do Código de Ética do Serviço Social, tendo como horizonte à consolidação do projeto ético-político-profissional defendido pela categoria, que corresponde ao atendimento dos princípios e das normas para o exercício profissional, contidas naquele Código (respeito ao usuário; defesa intransigente dos direitos; sigilo; consolidação da cidadania; etc.).

Para o desenvolvimento deste trabalho buscou-se conhecer uma experiência profissional do Serviço Social com familiares de *adictos*. O termo *adicto* foi abandonado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵, que o classifica como impreciso, podendo levar a falsas interpretações, assim como os termos “vício” e “hábito”, porém optamos em utilizá-lo por ser o termo preferencialmente adotado pela equipe da clínica onde realizamos o processo de observação ao grupo de famílias.

Na pesquisa documental verificou-se que há um consenso em determinar a origem do termo *co-dependência*, apontando que este surgiu a partir do trabalho realizado pelos Alcoólicos Anônimos (AA), onde foi observado que a recuperação deveria envolver também a família, uma vez que as pessoas ao redor do *adicto* são igualmente afetadas pelos efeitos da *adicção*.

Neste trabalho, optamos por abordar a *co-dependência* na sua relação com familiares de *adictos* a álcool e outras drogas, por ter sido esse o foco dado ao processo de observação realizado com um grupo com estas características e que será apresentado no terceiro capítulo deste, porém o processo de *co-dependência* pode abranger situações mais amplas.

Pesquisando sobre o uso de substâncias psicoativas constata-se que esse é milenar, porém sua utilização tem na atualidade diferenças consideráveis. Estas substâncias se inseriam num contexto sócio-cultural, se constituindo num elemento de integração, sendo geralmente utilizadas por adultos, com objetivos místicos, religiosos ou intelectuais e em determinadas circunstâncias, como nas guerras, por exemplo.

Na atualidade, segundo a Secretaria Nacional Anti Drogas – SENAD⁶ (apud SILVEIRA, 2004) o uso de drogas tem se constituído num elemento *desintegrador*⁷, que ocupa espaço da intimidade dos relacionamentos interpessoais e onde questões econômicas

⁵ Fonte: <http://www.adroga.casadia.org/glossario/indez-A.htm>, acesso em 09/02/2006.

⁶ Órgão do governo federal criado em junho de 1998, ligado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

⁷ Segundo contribuição da Profª. Drª. Cláudia Voigt Espínola, a Antropologia tem mostrado que não são somente as culturas milenares ou as indígenas que fazem o uso da droga como elemento de integração, mas também na atualidade a droga se insere num contexto, tem objetivos e integra seus usuários. Porém, neste trabalho optamos por utilizar o discurso oficial, também adotado pela clínica onde realizamos o processo de observação.

sobressaem-se às questões de saúde pública, uma vez que a plantação, produção e o comércio das drogas envolvem grandes cifras, chegando a ocupar lugar de relevância na classificação dos negócios que mais movimentam o mercado financeiro a nível mundial.

As substâncias psicoativas podem ser classificadas como “mercadorias símbolos do capitalismo, devido à fugacidade de seus efeitos, à compulsão em usá-las mais vezes e aos altos lucros que rende ao comércio” (NERY Fº & MARQUES, 2004). Estas substâncias⁸, assim como outros aspectos da vida moderna, adquiriram características anti-sociais⁹, que muitas vezes, ameaçam à saúde coletiva.

A SENAD aponta que para reverter o atual quadro (de produção, comercialização e consumo de drogas) seria necessário *desdrogar* a sociedade, o que implicaria na transformação do ambiente social num lugar menos patológico¹⁰, sendo inevitável à promoção de transformações estruturais e qualitativas neste ambiente.

Por sua vez, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 287/98 (ANEXO A), buscando promover a integração dos saberes profissionais em benefício da recuperação do *adicto* e de sua família, ressalta a importância de uma ação onde o diagnóstico e a elaboração de um plano de tratamento de *adicções* envolva, preferencialmente, uma equipe interdisciplinar onde os saberes das diversas áreas envolvidas sejam compartilhados.

O CNS, no sentido de possibilitar o acesso à saúde¹¹ como direito de todos e dever do Estado, reconheceu algumas profissões de saúde para fins de atuação do Conselho, onde destacamos os assistentes sociais.

Analisando a prática do Serviço Social em saúde mental, Bisneto (2005), aponta que a principal queixa dos profissionais que atuam nessa área se refere à falta de uma especificidade ou metodologia própria da profissão fazendo com que busquem alternativas junto aos campos “psi” e terapêutico que dominam o conhecimento em saúde mental. Esta prática acaba gerando uma fonte de tensão, pois o profissional do Serviço Social tende a atuar nas equipes sob o poder da Psiquiatria, como um técnico subordinado e complementar.

Neste sentido, propomos refletir sobre as possibilidades que o Serviço Social tem

⁸ As substâncias psicoativas ou psicotrópicas são substâncias naturais ou sintetizadas que, ao serem ingeridas, produzem alterações no sistema nervoso central do indivíduo e, conseqüentemente, em seu estado emocional e comportamental (Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas. - Brasília: SNAS, DPS, CORSAM, 1991).

⁹ Características que valorizam o individualismo (N.A.).

¹⁰ Que representa uma doença ou a manifestação desta (ABBAGNANO, 1982).

¹¹ A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício... (e) tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Lei 8080 de 19/09/1990).

buscado para ocupar os espaços profissionais na área de saúde mental, definindo como objeto de estudo a atuação do Serviço Social com famílias *adictas*.

Como objetivos específicos deste trabalho propomos:

- ✓ apresentar o tema da *co-dependência* e sua relação com familiares de *adictos*;
- ✓ identificar, na trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, a inserção de seus profissionais nas equipes de saúde mental;
- ✓ expor uma experiência de atuação do profissional do Serviço Social com famílias *adictas*.

Este trabalho foi organizado em três capítulos que visam atender aos objetivos específicos propostos e contribuir para uma reflexão sobre a atuação profissional nas equipes de saúde mental.

Para introduzir o tema, no primeiro capítulo, buscamos trazer alguns aspectos referentes ao processo de *co-dependência* nas famílias *adictas*, abordando os principais aspectos relacionados à família e ao processo de *co-dependência*, indicando que esse tem características que ora influencia, ora é influenciado pela organização familiar e pela sociedade de maneira geral.

Para a abordagem da temática “família” utilizamos, preferencialmente, os autores indicados nas disciplinas de Serviço Social, famílias e segmentos sociais vulneráveis¹². Na abordagem dos temas *adicção* e *co-dependência* utilizamos as indicações sugeridas pela assistente social da clínica onde realizamos o processo de observação.

No segundo capítulo buscamos resgatar historicamente a trajetória do Serviço Social na área de saúde, dando especial destaque à inserção de seus profissionais na saúde mental. Esta análise histórica visa entender o significado da profissão para a sociedade e como foi sendo construída a identidade profissional do Serviço Social no Brasil.

Na intervenção em saúde mental este profissional, para ampliar seu espaço nas equipes de trabalho, foi buscar especialização em outras áreas, visando incorporar novos aportes teórico-metodológicos ao atendimento dos usuários de seus serviços, em especial às famílias, deparando-se com alguns desafios, internos e externos a profissão, como os que assinalamos anteriormente.

Para abordagem da trajetória histórica utilizamos as contribuições teóricas de Mota (1995), Oliveira (1996), Iamamoto (1997), Costa (2000), Yazbek (2000), Bisneto (2004), Bravo (2004), Lima (2004), Netto (2005) e Nogueira (2005). Destacando ainda a utilização do

¹² A disciplina – DSS 5137 (parte teórica) foi ministrada no semestre 2004-1 pela prof^a Elizabeth Carreirão e a disciplina – DSS 5168 (processos de trabalho) foi ministrada pela prof^a Waldirene Gomes.

texto de Ivana Carla Garcia Pereira¹³ que traça uma narrativa histórica dos modelos de intervenção do Serviço Social em saúde mental¹⁴, com destaque à abordagem dos temas comunidades terapêuticas e terapia familiar. O texto de Pereira serviu como referencial para esta abordagem, pois as publicações que relacionam, por exemplo, o Serviço Social a terapia familiar, são bem escassas¹⁵.

No terceiro capítulo buscamos expor uma experiência do Serviço Social no atendimento a famílias *adictas*, trazendo o contexto institucional onde este profissional está inserido. Para a coleta de dados utilizamos, além da pesquisa documental, a técnica da observação simples, que se constitui num instrumental básico para o Serviço Social, conjugada com a aplicação de questionários e com a realização da entrevista informal.

O trabalho de observação, que visava captar a percepção dos usuários e da equipe sobre a atuação do Serviço Social, foi realizado com um grupo composto por familiares de pacientes que é atualmente coordenado por uma assistente social.

O referencial teórico para caracterização da clínica foi buscado em seus manuais e folder de divulgação, sendo as informações posteriormente revisadas pela assistente social que acompanhou o processo de observação. No que se refere à metodologia utilizada, nos baseamos na obra de Gil (1994) e para análise das informações coletadas utilizamos as contribuições teóricas de Iamamoto (1997), Guimarães (2002), Duarte (2004), Freitas (2004) e Melo & Figlie (2004).

Nas considerações finais apresentamos algumas contribuições para a reflexão sobre a atuação profissional nas equipes de saúde mental, onde os novos espaços ocupacionais trazem renovadas demandas para o profissional do Serviço Social, principalmente, na atuação com famílias *adictas*.

¹³ Pereira é Assistente Social formada pela UFRJ em 1999. Seu trabalho de conclusão de curso foi orientado pelo professor Eduardo Mourão Vasconcelos e tendo como título: “Serviço Social, Saúde Mental e Abordagens Psicossociais”.

¹⁴ Texto publicado no livro Saúde Mental e Serviço Social, organizado por Eduardo Mourão Vasconcelos – 2ª edição – São Paulo: Cortez, 2002.

¹⁵ Não foi encontrado na revista Serviço Social & Sociedade nenhum artigo sobre esta relação, salvo a indicação a uma referência de tese de doutoramento concluída em 1997 – TEIXEIRA, S.B.S. O Serviço Social com famílias e as terapias familiares: resolvendo dilemas e abrindo caminhos. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ – não disponível para consulta *on line* (esta referência foi citada em dois outros trabalhos consultados: Vasconcelos, 2002 e Pereira, 2002). A revista Serviço Social & Sociedade é publicada desde setembro de 1979 pela Cortez editora e tem periodicidade quadrimestral com matérias de interesse do Serviço Social e também se dirigindo a outros profissionais que atuam direta ou indiretamente nas políticas sociais brasileiras.

CAPÍTULO 1

O PROCESSO DE *CO-DEPENDÊNCIA* NAS FAMÍLIAS *ADICTAS*

Ao invés de denominarmos uma família de desorganizada apenas porque sua modalidade de organização diverge da nossa, cabe-nos descobrir de que maneira se organiza, o que a tipifica, que dinâmica é vivida em seu interior. Do contrário impera o mito.

José V. Gomes

CAPÍTULO 1 – O PROCESSO DE *CO-DEPENDÊNCIA* NAS FAMÍLIAS *ADICTAS*

Este capítulo visa introduzir o tema da *co-dependência* presente nas famílias *adictas*. O termo *co-dependência* é recente e traz consigo aspectos que se relacionam com a temática da família, e se refere a um processo¹⁶ de dependência emocional instalada a partir de uma outra dependência, desenvolvida pelo uso de psicotrópicos¹⁷, ou por problemas comportamentais.

Os aspectos gerais referentes ao processo de *co-dependência* das famílias, foram levantados através da pesquisa exploratória e bibliográfica, sendo que a compreensão destes aspectos é de fundamental importância para se entender como este processo se manifesta no seio familiar e se propaga inter-gerações, podendo gerar ciclos de *co-dependência*.

Este capítulo encontra-se dividido em duas seções, onde buscamos conhecer o processo de *co-dependência* nas famílias *adictas* e compreender como a instituição familiar e a sociedade influenciam e são influenciadas por este processo.

1.1 Famílias *Adictas*: Conhecendo o Processo de *Co-Dependência*

*A família é um modelo universal para o viver.
Ela é a unidade de crescimento; de experiência; de sucesso e de fracasso;
ela é também a unidade da saúde e da doença*

Nathan W. Ackerman

A *co-dependência* é um processo de adoecimento, de ordem afetiva, que tem em sua etiologia fatores socialmente estabelecidos. Seu *locus* de desenvolvimento é o seio das famílias *adictas*, onde as trocas afetivas se encontram comprometidas por fatores diversos. Portanto, para conhecer o processo de *co-dependência*, se faz necessário analisar alguns aspectos da instituição familiar.

¹⁶ Trabalhamos com a idéia de que processo envolve um movimento para uma direção específica, com começo, meio e fim, como um fluxo, uma corrente, que se move de um ponto para outro (NAKKEN, 1996).

¹⁷ Psicotrópico é o nome científico dado às drogas que causam dependência psicológica e, às vezes, física. Essas substâncias entram na corrente sanguínea – por via oral, endovenosa (injeção na veia) ou por inalação – e vão até o sistema nervoso central (cérebro), onde agem, interferindo de forma ainda não totalmente esclarecida no campo de energia emocional e intelectual de um indivíduo (CURY, 2000).

Inicialmente buscamos refletir sobre alguns conceitos atribuídos a família, uma vez que defini-la é uma tarefa complexa, pois implica em considerar seus novos e múltiplos arranjos, que desviam-nos do senso comum que procura padronizá-la na forma da família nuclear burguesa¹⁸.

Para uma análise mais criteriosa da instituição familiar é necessário inseri-la num contexto mais amplo (histórico, econômico e social), onde se possa analisar todo o grupo social e não apenas o indivíduo. Pois sempre que tentamos mostrar o que a família é, acabamos por insinuar também o que ela não é, fazendo com que esta noção seja relativa e subjetiva.

Esta análise deve ainda considerar as atuais demandas que se impõem à família, sobrecarregando-a no cumprimento de suas funções¹⁹. Esta sobrecarga tem gerado situações paradoxais, onde ora esta instituição é enaltecida (quando supera as adversidades e cumpre suas funções), ora é combatida (quando não consegue superá-las e falha no cumprimento destas funções, especialmente no cuidado com seus membros).

Cabe aqui refletir sobre as construções realizadas na dinâmica relacional da família, onde a partir de sua história e de negociações cotidianas (que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo), as famílias assumem múltiplas facetas, sendo ora espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, ora um espaço de limitações e sofrimentos (MIOTO, 1997).

Para melhor caracterizar estas múltiplas facetas, Mioto (1997) e Neder (2000) recomendam a utilização do termo no plural - famílias - por ponderarem que esta forma abarca “a diversidade de arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira” (MIOTO, Ibid, p. 120) e “tendo em vista a multiplicidade étnico-cultural que embasa a composição demográfica brasileira” (NEDER, Ibid, p.26).

No entanto, com relação a esta diversidade de arranjos, verifica-se que ainda é comum remeter a figura dos pais o papel de principais agentes da educação (o artigo 229²⁰ da Constituição Federal reforça esta afirmação), desconsiderando que, na prática, esse papel tem sido cada vez mais transferindo para tutores, formais ou informais²¹, fruto do novo perfil

¹⁸ Composta de pai, mãe e filhos, vivendo sob o mesmo teto, com laços de consangüinidade e com um ideal de serem “felizes para sempre” (GUIMARÃES, 2002).

¹⁹ Destacamos a socialização básica e o cuidado e proteção de seus membros

²⁰ “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores (...)” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

²¹ A tutela aqui se refere à proteção exercida em relação a alguém ou algo mais frágil (HOUAISS, 2001). Como tutores formais definimos aqueles que recebem o encargo jurídico (seja em forma de guarda – provisória ou definitiva – ou de tutela) de velar por, representar e administrar os bens de criança ou adolescente. Já os tutores informais são os “cuidadores” que informalmente assumem os cuidados de uma criança ou adolescente (estes

assumido pela instituição familiar.

Este novo perfil deve ser observado pelos profissionais que trabalham com famílias e em especial pelos responsáveis pela formulação de políticas públicas, que devem, como aponta Neder (2000), “ajustar melhor o foco das lentes”, para se permitir enxergar e respeitar as diferenças, evitando estabelecer paradigmas entre famílias regulares e irregulares que se fundamentam exclusivamente num conjunto de crenças e conceitos, muitas vezes de natureza inconsciente, baseadas em atitudes e comportamentos de um grupo social.

Entender todos estes aspectos apresentados implica em repensar as denominações utilizadas para se referir às famílias com dificuldades em trabalhar suas relações, sendo comum ouvir, entre leigos e até mesmo entre os profissionais que atendem as famílias, expressões como “irregulares” e “desequilibradas”.

Neste trabalho utilizaremos elementos da concepção sistêmica²², que aborda a família como um sistema²³ operando através de regras invisíveis, que todos respeitam e que vão sendo repetidas até estabelecerem padrões de como, quando e com quem se relacionar, regulando o comportamento dos membros da família (MINUCHIN, 1992).

Para os sistêmicos, as situações de desequilíbrio do sistema são comumente relacionadas pelos membros da família como falhas dos outros membros no cumprimento de suas obrigações. Porém não é este desequilíbrio que vai determinar a disfuncionalidade de uma família, e sim sua capacidade de adaptação as situações estressantes.

O sistema familiar, segundo Minuchin (1992), diferencia e cumpre suas funções através de subsistemas, que relacionam dois ou mais indivíduos. Estes subsistemas podem se formar por gerações, sexo, interesse ou por função, havendo diferentes subsistemas²⁴ onde os indivíduos desenvolvem diferentes níveis de poder e onde aprendem habilidades diferenciadas.

Os subsistemas familiares possuem fronteiras²⁵, que podem ser de três tipos distintos: fronteira nítida (com regras claras e funções definidas); fronteira difusa ou emaranhada (não permite autonomia de seus membros); fronteira rígida ou desligada (cada um por si).

São estas “fronteiras” que, na teoria sistêmica, caracterizam uma família como

geralmente são avós, tios, compadres, madastras, padastros, etc.).

²² A concepção sistêmica vê o mundo em termos de relações e de integração, onde os sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas à unidades menores (MINUCHIN, 1992).

²³ O sistema tem uma natureza peculiarmente dinâmica, cujas formas não são estruturas rígidas, mas manifestações flexíveis, embora estáveis (MINUCHIN, 1992).

²⁴ Os sistêmicos apresentam três subsistemas básicos (conjugal, parental e fraternal), que se relacionam entre si (MINUCHIN, 1992).

²⁵ As fronteiras indicam regras de funcionamento (limites) da família, que definem quem participa e como (MINUCHIN, 1992).

funcional ou disfuncional. Os subsistemas existentes no sistema familiar poderão exercer suas tarefas específicas quando houver “permeabilidade” nas fronteiras que os delimitam. Se esta permeabilidade não existir, ou existir em excesso, a interação ou a troca fica comprometida e o sistema enfraquece por falta de informação ou pela não diferenciação entre as partes envolvidas, ocorrendo à perda de identidade dos subsistemas envolvidos. A família funcional trabalha com seus problemas de maneira equilibrada, permitindo e aceitando mudanças.

É no amplo espaço da fronteira nítida que se situam a maioria das famílias, e apenas as operações nos extremos podem ser classificadas como áreas indicativas de possível patologia.

Esquemáticamente teríamos:

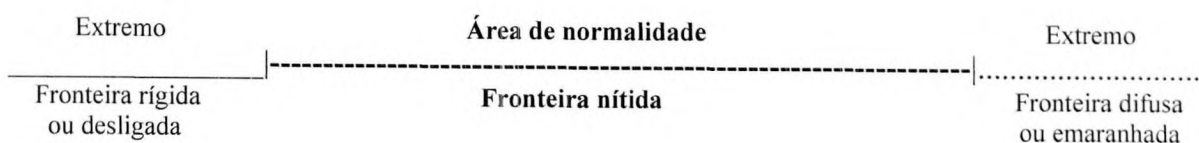


Fig. 1: Esquema de demonstração dos limites de cada fronteira.

A relação entre os diversos subsistemas é constante, e o comportamento de um membro afeta imediatamente os outros. Situações de estresse num membro individual repercutem fortemente através das fronteiras, ressoando rapidamente nos outros subsistemas.

Neste enfoque relacional, poder-se ia afirmar que quando há um *adicto* na família todos os seus membros poderão ser afetados pelos efeitos da *adicção*, em especial aqueles que convivem de forma direta com este *adicto*, pois estariam mais propensos a desenvolverem um processo de adoecimento compartilhado. Este processo é a *co-dependência*, que se manifesta por meio de comportamentos controladores ou de uma condição de eterna vítima²⁶.

O *co-dependente* passa a ter comportamentos análogos ao *adicto* mudando a sua rotina para viver em torno deste. Torna-se obsessivamente fechado na missão que estabeleceu para sua vida, gerando um alto grau de comprometimento emocional, compondo um quadro crônico, que oscila entre a hostilidade ao membro *adicto* e a facilitação do seu acesso à substância utilizada ou ao comportamento *adictivo*.

²⁶ Esta “condição de eterna vítima” é caracterizada por um comportamento que faz com que o co-dependente seja visto como alguém frágil e de quem todos ao seu redor querem se aproveitar (por exemplo: o co-dependente tem muitas dificuldades de negar um pedido que lhe façam, mesmo que isso implique em sacrifícios para ele. Ele faz, porque não consegue negar, e depois fica se remoendo por ter feito) – (N.A.).

O *adicto* e o *co-dependente* tornam-se dependentes de uma ilusão. Os *adictos* iludem-se imaginando que podem escapar do sofrimento através de um objeto ou substância; os *co-dependentes* acreditam na ilusão que podem substituir este objeto ou substância por cuidados e proteção extrema.

A literatura sobre o tema ainda é escassa, mas verifica-se um consenso ao determinar a origem do termo *co-dependência*, apontando que esse surgiu a partir do trabalho realizado pelos Alcoólicos Anônimos (AA), onde foi observado que a recuperação deveria envolver também a família, uma vez que as pessoas ao redor do *adicto* são igualmente afetadas pelos efeitos da *adicção* (HEMFELT et al, 1996).

As famílias *adictas* viabilizam a manutenção de hábitos *adictivos* negando, ignorando ou simplesmente contornando as situações estressantes advindas da *adicção*. Elas não só adequam suas vidas em função do *adicto*, como passam a perceber a vida sob a ótica desse, ou seja, são dependentes junto, ou melhor são *co-dependentes*.

Em sua fase inicial a *co-dependência* é uma resposta normal a uma situação anormal, ou seja, num primeiro momento a *co-dependência* é simplesmente uma reação aos sintomas da doença *adictiva*, como explica Bernardo (1998), porém os padrões de comportamentos tendem a se tornarem autodestrutivos e permanecerem mesmo na ausência dos sintomas da dependência, cronificando-se e permeando todas as atividades da vida, mesmo aquelas não relacionadas à *adicção*.

A *co-dependência* é definida por Bernardo (1998, p. 1) como sendo “uma síndrome definível crônica que segue uma progressão previsível”, ou seja, existem uma série de sinais e sintomas próprios da *co-dependência*, que segundo a autora podem ser percebidos de forma muito clara. Exemplificando, ela relaciona alguns destes sinais e sintomas, caracterizando-os como “aqueles mais comuns e perceptíveis” (ANEXO B).

Reconhecer um ou outro destes sinais apontados por Bernardo (1998), em determinada situação, não faz de ninguém um *co-dependente*, mas, se em cada relacionamento vivido, estes sinais surgem como fato recorrente é preciso procurar ajuda.

Algumas pessoas que se descobriram *co-dependentes* criaram um grupo de ajuda mútua denominado *Co-Dependentes Anônimos* (CoDA). O CoDA²⁷ nasceu nos Estados Unidos, mas hoje há grupos espalhados por todas as partes do mundo, inclusive Florianópolis. Em CoDA a *co-dependência* é definida como “(...) a incapacidade de manter e nutrir relacionamentos saudáveis com os outros e consigo mesmo”.

²⁷ CoDA baseia-se no programa “doze passos” dos Alcoólatras Anônimos (AA). Em CoDA são compartilhadas experiências num movimento de ajuda mútua (disponível em: www.codabrasil.org).

Esta “inabilidade” se manifesta no desejo de viver a vida de quem se ama, na busca desesperada por amor e aprovação, na necessidade de agradar aos outros ao invés de agradar a si mesmo e na constante frustração de dizer “sim”, quando na verdade, quer se dizer “não”.

Assim como os *co-dependentes* de CoDA, outros decidiram por ajudar seus pares escrevendo sobre a sua própria *co-dependência*, como Melody Beattie²⁸ e Pia Mellody²⁹. Identificando-se como *co-dependentes*, as autoras transportaram para suas obras situações de extrema dor e sofrimento que vivenciaram, buscando trazer para os seus leitores elementos para enfrentar os sintomas da *co-dependência*, estimulando-os a reagir aos comportamentos obsessivos e demonstrando que a recuperação é uma oportunidade de crescimento pessoal que deve ser vivido diariamente.

Entre os profissionais que tratam da *co-dependência* também surgem contribuições literárias importantes, destacando-se os trabalhos de Robert Hemfelt et al³⁰ e de Susan Forward & Craig Buck³¹. Estes profissionais, em geral da área médica (psiquiatria) ou com formação em psicologia, compartilham em seus trabalhos a idéia de que o núcleo familiar deve ser trabalhado sempre que um dos seus membros apresentar um problema que cause impactos na estrutura familiar.

Em geral, as situações relatadas por estes profissionais em suas obras, envolvem casos de negligência e abusos sofridos pelos clientes na infância e que foram sufocados ou substituídos por comportamentos defensivos (como a timidez ou o isolamento social), desencadeando situações que levaram estes a fazerem uso de substâncias ou desenvolverem comportamentos compulsivos, na tentativa de aliviar suas dores e sofrimentos causadas pelas lembranças traumáticas do passado.

Evidenciando a situação apresentada acima, Zampieri (2004, p. 63) caracteriza a *co-dependência* como “(...) um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, a fim de sobreviver ao se encontrarem sob grande estresse ou intensa e prolongada dor”. Estas situações vividas pelo grupo familiar, podem advir de mudanças evolutivas nos seus próprios membros e subsistemas ou serem provenientes das exigências para se acomodar às instituições sociais significativas (escola, igreja, etc.), e tem grande impacto sobre os membros da família.

²⁸ Foram consultados os seguintes títulos desta autora sobre o tema *co-dependência*: *Co-dependência nunca mais* (1997); *Para além da co-dependência* (2002); *Ouçá o seu coração* (2003). Todos publicados pela editora Record.

²⁹ MELLODY, Pia. Et al. **Enfrentando a Co-dependência afetiva: O que é, como surge, como prejudica nossas vidas.** Trad.: Cláudia Gerpe Duarte. – Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1995.

³⁰ HEMFELT, Roberto. et al. **O amor é uma escolha: recuperação para relacionamentos co-dependentes.** – Rio de Janeiro: Rocco. 1996.

³¹ FORWARD, Susan. BUCK, Craig. **Pais Tóxicos: como superar a interferência sufocante e recuperar a liberdade de viver.** Trad.: Rose Nânie Pizzinga. – Rio de Janeiro: Rocco. 1990.

A *co-dependência* afeta a saúde física, mental, emocional e social dos envolvidos nesse processo e, portanto, todos estes aspectos devem ser igualmente considerados quando do diagnóstico e tratamento.

Os Alcoólicos Anônimos iniciaram na década de 40 uma abordagem que envolvia também a família, e incentivaram a formação de grupos de Al-Anon (familiares do alcoólico), que se caracterizam por envolver todos os membros da família sintomática no tratamento de seu membro usuário de substâncias psicotrópicas, seja este uso realizado de forma contínua (sempre) ou periódica (freqüentemente).

A abordagem familiar deve considerar que “a utilização da droga, seja de que espécie for, é sempre um sintoma que denuncia um grave comprometimento com a possibilidade de se lidar com frustração” (FREITAS, 1997 apud PEREIRA, 2004, p. 26), mas é importante observar que cada situação de uso deve ser analisada sem alardes, evitando-se criar estereótipos.

Todo uso abusivo inspira atenção e cuidados, mas não necessariamente implicará em *adicção*. Faz-se necessário diferenciar entre o que seria uma curiosidade pelo uso de substâncias proibidas e situações que inspirem cuidados mais extremos, para não se correr risco de tornar-se *co-dependente*, sem que aja necessariamente um dependente, forjando um *bode-expiatório*³² para os seus conflitos, que poderá então desenvolver um quadro de dependência real.

O quadro de dependência demonstra a tendência dos *co-dependentes* em procurarem para suas relações outros *adictos* ou outros *co-dependentes*, formando assim um ciclo de *co-dependência* nas gerações. Este ciclo é descrito como “(...) viciante e milimetricamente tão destrutivo para o *co-dependente* quanto é para o *adicto*” (HEMFELT et al, 1996, p. 83).

Exemplificando este autor relata um exemplo clássico, onde a esposa sóbria de um marido alcoólico, está no mesmo ciclo, com a mesma mecânica, porém com leves diferenças de elementos, uma vez que o seu anestésico para dor não vem necessariamente de uma garrafa com rótulo. Ela (a esposa) se agarra a outros elementos anestésiantes como o jogo, o trabalho, o sexo, a comida, ou até mesmo a uma substância. Esta atitude, pode gerar vergonha, culpa e o autodesprezo e provocar a necessidade de mais anestesia, alimentando o ciclo *co-dependente* (HEMFELT et al, 1996).

³² Pessoa ou coisa sobre que(m) se fazem recair as culpas de outros ou outras coisas, impultando-lhe ódios, reverses, frustrações e/ou desgraças (HOUAISS, 2001).

Este ciclo *co-dependente* pode ser reforçado pela organização familiar e pela sociedade, que influenciam e são influenciadas por este processo, conforme veremos na próxima seção deste capítulo.

1.2 *Co-Dependência: Abordagem dos Aspectos Sociais*

Toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença que tornem culpadas as suas 'vítimas'; porém é difícil obcecarse por mais de uma.

Susan Sontag

Para iniciar a discussão sobre os reflexos do processo de *co-dependência* na organização familiar e na sociedade faz-se necessário analisar a sua classificação enquanto doença socialmente construída.

Em 1984, foi traduzida para a língua portuguesa a publicação de Susan Sontag, intitulada “a doença como metáfora”, onde a autora discorre sobre a utilização de metáforas³³ para se referir a determinadas doenças. Em especial ela cita os mitos que envolvem a tuberculose e o câncer, demonstrando como cada uma destas doenças a sua época serviu como *bode expiatório* para exprimir uma preocupação com a ordem social.

A autora aponta que normalmente, as epidemias, são consideradas pestes e que a ocorrência destas são vistas como castigos impostos, atribuindo-lhe metáforas que invariavelmente as caracterizam como um inimigo, uma maldição ou um destruidor invencível, o que faz o doente sentir-se duramente discriminado. Porém, em seu ponto de vista, é preciso desmistificar o conceito de doença depurando-o de pensamentos metafóricos (SONTAG, 1984).

Alguns anos mais tarde Sontag retornou a este tema retratando a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), resgatando que a idéia da doença como um castigo é a mais antiga explicação da causa das doenças, representando uma condenação moral da sociedade (SONTAG, 1989).

Refletindo sobre o que escreve Sontag, nos deparamos com as mesmas metáforas

³³ A metáfora consiste em dar a uma coisa um nome que pertence a outra coisa. Esta transferência de significado pode realizar-se do gênero para a espécie, da espécie para o gênero, de uma espécie para outra ou com base numa analogia (ABBAGNANO, 1982).

referindo-se a *adicção* e a *co-dependência* (guerra contra as drogas; drogas como encarnação do mal; *adicto* como escravo das drogas; *co-dependente* como alguém que perdeu sua alma; etc.). Esta constatação reforça o que assinala a autora:

as metáforas modernas sugerem um profundo desequilíbrio entre o indivíduo e a sociedade, sendo a sociedade concebida como adversário do indivíduo. As metáforas da doença são usadas para julgar a sociedade, não como desequilibrada, mas como repressiva (SONTAG, 1984, p. 92).

Esta repressão se dá sob diversos aspectos, uma vez que a sociedade, para se auto preservar cria mecanismo complexos de sobrevivência, que são reproduzidos e reforçados no convívio familiar. A divisão do trabalho e a proibição do incesto³⁴ são exemplos destes mecanismos.

Segundo o princípio da divisão do trabalho por sexo, deve existir uma mútua dependência entre os sexos, compelindo-os a se perpetuar e a constituir família. Já com relação à proibição do incesto, fica estabelecida uma dependência mútua entre as famílias, compelindo-as, para que se possam perpetuar, e dar origem a novas famílias, assim os perigos dos casamentos consanguíneos são antes o resultado desta proibição do que a sua explicação (DAMATTA, 1993).

Esta sobrevivência em grupos e o pertencimento a agregações sociais são descritos por Minuchin (1992), como sendo inerentes à condição humana, podendo variar em seu nível de organização e diferenciação. Segundo este autor sistêmico, a moderna civilização industrial urbana impõe ao homem duas exigências conflitantes: “a capacidade de desenvolver habilidades altamente especializadas e a capacidade de adaptação rápida a uma situação sócio-econômica constantemente em mudança” (Ibid, p.52). Para este autor, há um ciclo dialético de mudanças onde cada vez que a sociedade muda, a família também muda, gerando nova mudança na sociedade e assim sucessivamente.

Estas mudanças podem ser geradas por fatores diversos, sejam eles de ordem econômica, política ou social, e seus reflexos influenciam o comportamento social. No entanto, para alguns autores como Cury (2000); Kalina (2001); Nakken (1996); Vespucci &

³⁴ União sexual ilícita entre parentes consanguíneos. A proibição universal do incesto especifica, como regra geral, que as pessoas consideradas pais e filhos ou irmão e irmã, ainda que somente em nome, não podem ter relações sexuais e muito menos casar entre si (DAMATTA, 1993).

Vespucchi (1999), existe uma “personalidade *adictiva*³⁵” que pode ser estimulada pela sociedade. Esta “personalidade *adicta*” se manifestaria, naqueles que:

(...) nascem com uma determinada vulnerabilidade genética ou desenvolvem, pelas vicissitudes da vida, uma fragilidade neuropsico-biológica e social, (...) são os que desenvolvem processos adictivos como uma tentativa de “tampar” quimicamente seus déficits, quando as condições externas, ou seja, as sociofamiliares, favorecem o encontro desse caminho “ilusório”, com conseqüências nefastas em todos os níveis da vida, a curto ou longo prazo (KALINA, 2001, p.17).

Esta perspectiva de causa e efeito, onde alguns comportamentos presentes no meio social comportam um alto grau de valores, é reforçada por Cury (2000, p.192), assinalando que “(...) a problemática das drogas não tem como principal réu a essência química, mas o homem que as usa, juntamente com o processo educacional em que esse homem forma a sua personalidade³⁶”.

Nesta lógica, existiriam alguns valores opostos ao processo *adictivo*, como a alteridade³⁷, o respeito³⁸ e a tolerância³⁹, que devem ser reforçados pelas instituições, pois a falta destes facilitaria a instalação de comportamentos *adictivos*.

Para Nakken (1996), esses comportamentos são reforçados pela sociedade moderna, de característica competitiva e consumista, que instiga a obsessão pelo sucesso e estimula atitudes que contribuem para o processo de *adicação*. Ele cita como reforçadores deste processo:

- a. o **excesso**: movido pela competitividade o *adicto* é levado e leva os outros a extremos e a cometer excessos e por conseqüência afasta “as pessoas da moderação e do seu centro de equilíbrio” (Ibid, p.96). Viver em extremos é uma atitude exagerada e perigosa que acompanha os processos *adictivos* e leva a esquecer valores positivos,

³⁵ Traços típicos da personalidade que se associa, as peculiaridades anatômicas e funcional que predispõe à dependência (VESPUCCI & VESPUCCI, 1999).

³⁶ No significado técnico da psicologia contemporânea, a personalidade é a organização que a pessoa imprime à multiplicidade de relações que a constituem (ABBAGNANO, 1982).

³⁷ O ser outro, o colocar-se ou constituir-se como outro (ABBAGNANO, 1982). Se refere a capacidade de conviver com o diferente, de se proporcionar um olhar interior a partir das diferenças.

³⁸ O reconhecimento da dignidade própria ou alheia e o comportamento inspirado nesse reconhecimento (ABBAGNANO, 1982). Inclui ainda a percepção do universo do outro, observar seu perfil sem nele interferir sem permissão, muito menos lhe causar dano.

³⁹ A tolerância implica em indulgência para com pequenas faltas que não puderam ser evitadas ou impedidas. A sua realização significa de fato que nenhuma violência ou inquisição jurídica ou policial ou diminuição ou perda de direitos ou discriminação qualquer, atinja o cidadão por causa de suas convicções, positivas ou negativas, em matéria religiosa (ABBAGNANO, 1982).

como a alteridade, o respeito e a tolerância;

- b. o **controle**: descrito por Nakken (Ibid, p. 98) como “um elo de ligação entre os valores da sociedade e os valores *adictivos*”. Exemplificando o autor aponta a situação das pessoas idosas, que são rotuladas pela sociedade, de maneira geral, como incapazes, improdutivas, ou como um fardo a ser carregado, passando assim a mensagem que envelhecer é negativo, “como se fosse possível proteger-nos do processo natural de nos tornarmos velhos” (Ibid, p. 99). Esta atitude para o autor remete a acreditar num controle absoluto, que leva a perseguir uma ilusão, criando sofrimento interior para o indivíduo e para aqueles que o rodeiam;
- c. o **sofrimento**: este é uma componente chave da *adicção*, uma vez que, na tentativa ilusória de conter este sofrimento busca-se algo (drogas lícitas ou ilícitas, jogo, sexo, etc.) que provoque a modificação do humor e a sensação de que se pode controlar a dor física e emocional e que os problemas se resolvem com só mais uma picada, uma tragada, uma cheirada, uma jogada, uma transada, etc., e que “eu paro quando quiser”, pois “eu tenho o controle”;
- d. a obsessão pela **perfeição**: para Nakken (Ibid) esta obsessão implica em ir além dos padrões estabelecidos de beleza, significa ser capaz de atender a todos os apelos da mídia, significa fazer montes de dinheiro, significa ter *status*. O autor denomina este proceder de mito da procura pela perfeição, que utilizamos para nos consumirmos a nós e aos outros, pois como mito a perfeição é inatingível. Para ele a perfeição leva a solidão, e quando o indivíduo sente-se só fica fragilizado e, portanto suscetível ao processo da *adicção*. Sobre este item cabe salientar que a busca do corpo perfeito através de cirurgias estéticas como a lipoaspiração, tem incapacitado, mutilado e até mesmo levado a óbito muitas pessoas. Fato que tem chamado a atenção da sociedade pelos seus resultados negativos, pois anônimos e personalidades nacionais tem aparecido na mídia como vítimas destes processos. Apesar destas reportagens geralmente focarem na má qualidade do serviço ou do profissional que o efetuou, servem de reflexão sobre os riscos que envolvem estes procedimentos. A anorexia e a bulimia nervosa⁴⁰ também aparecem na mídia, juntamente com reportagens que reforçam padrões inatingíveis de beleza, onde esta é, muitas vezes, artificial, ou seja,

⁴⁰ A anorexia (mental ou nervosa) implica num quadro mórbido em que o indivíduo diminui a quantidade de alimentos ingeridos, freqüentemente eliminando aqueles ricos em calorias, por meio de uma dieta rígida auto-imposta, que alterna com crises de bulimia, vômitos ou tomada de purgativos. A bulimia é um distúrbio do apetite caracterizado por episódios incontroláveis, chamados de acessos de hiperfagia [ingestão exagerada de alimentos], que, independentemente da anorexia nervosa, sobrevêm ao menos duas vezes por semana durante três meses ou mais (HOUAISS, 2001).

maquiada para parecer perfeita (através do uso de foto shop, por exemplo), o que necessariamente não representa um corpo saudável;

- e. a **descartabilidade** das relações: atitude que leva a não valorização das relações pois “numa sociedade em que existe a possibilidade de [...] ‘ficar rico processando os outros’ não é de espantar que encontremos pessoas que não confiam e tem medo de criar relações” (Ibid, p. 103). E por sentirem sozinhas as pessoas vão buscar em objetos aquilo que anseiam para curar este vazio, e acabam encontrando o caminho para *adicção*. Um caminho que dificilmente tem volta e que é apontado muitas vezes como a única saída, como a chave para todos os males. A sociedade, ao transformar pessoas em objetos afasta-as da sua humanidade.

Esta visão, que culpabiliza a sociedade, é reforçada pela Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD), que caracteriza o próprio sistema social como espaço predisposto à proliferação das *adicações* e aponta pontos semelhantes aos levantados por Nakken.

Todos estes pontos levantados embora facilmente identificáveis no nosso dia-a-dia e presentes no cotidiano das famílias, não podem ser analisados de forma estanque, pois as razões que levam alguém as *adicações* são bastante complexas e impossíveis de serem generalizadas.

Entende-se que para uma análise criteriosa dos fatores que levam as *adicações* dever-se-ia observar também as ideologias operantes na sociedade, que definem, numa dada conjuntura, o que é “normal e saudável” e o que é “anormal e patológico”, conceitos estes que são determinados não apenas pelos comportamentos individuais, mas também pela sua rede de relações sociais, onde estes são reforçados e naturalizados.

O essencial é encarar estas situações como configurações de um sintoma, na tentativa de calar aspectos fundamentais da vida e da subjetividade de cada indivíduo, ou seja, elas são conseqüências, e não causas, e estão associadas a fatores de ordem maior na estruturação do sujeito, que se encontra inserido numa sociedade baseada em valores fulgazes e individualistas.

Nesta sociedade, o Estado, através de suas esferas⁴¹, atua como ente regulador das interações sociais, provocando indiretamente, através destas regulações, alterações na rotina e funcionamento das famílias. Estas famílias, por sua vez, ao liberarem seus membros para o

⁴¹ Segundo Simionatto (2004, p.67), “as discussões gramscianas sobre o Estado apresentam-se a partir da existência de duas esferas distintas no interior das superestruturas, quais sejam: a) sociedade civil e b) sociedade política”.

meio social, acabam liberando-os para sistemas de apoio inadequados e ineficientes, pois freqüentemente, se considerarmos a rede pública de atendimento, não são oferecidas fontes extra-familiares adequadas de socialização e apoio (escolas, creches, postos de saúde, etc.).

As famílias, que constitucionalmente, se caracterizam como “base da sociedade” e como tendo “especial proteção do Estado” (artigo 226, Constituição Federal de 1988), historicamente sempre estiveram inseridas na área de atuação do Serviço Social, porém, cada vez mais, tem se constituído um desafio para a profissão à busca de metodologias para trabalhar a família como um grupo com necessidades próprias e únicas.

Se pensarmos no trabalho com famílias *adictas* este desafio se torna ainda maior, pois apesar do longo percurso do Serviço Social na área de saúde, hoje os seus profissionais têm buscado conhecimentos em outras áreas (em especial nas áreas “psi”), para poderem se inserir nos novos espaços ocupacionais que surgem na saúde mental, em especial para o tratamento de *adicções*.

Visando conhecer como o profissional do Serviço Social foi introduzido na área de saúde, propomos resgatar a trajetória profissional nesta área e sua inserção no campo da saúde mental, apresentando alguns caminhos que tem sido trilhados na intervenção profissional com famílias *adictas*. Esta análise histórica visa entender o significado da profissão para a sociedade e como foi sendo construída a identidade profissional do Serviço Social no Brasil.

CAPÍTULO II

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO CENÁRIO BRASILEIRO: VELHOS CAMINHOS – NOVAS POSSIBILIDADES

O Assistente Social, até ser reconhecido como profissional de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, era alvo de polêmica, visto que o curso de Serviço Social não é específico da área da saúde, mas possibilita aos profissionais Assistentes Sociais atuarem, com competência nas diferentes dimensões da questão social e, como tal, terem capacidade de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, dentre estas, as de saúde.

Luiza Maria Lorenzini Gerber

CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO CENÁRIO BRASILEIRO: VELHOS CAMINHOS – NOVAS POSSIBILIDADES

A área da saúde vem se constituindo num campo de atuação onde cada vez mais o profissional do Serviço Social vai ganhando espaço, sendo, conforme dados apresentados por Costa (2000), a 4ª categoria de nível superior na composição das equipes de saúde, ficando-lhes à frente apenas os médicos, dentistas e enfermeiros.

O primeiro passo do Serviço Social na área de Saúde, como assinala Nogueira (2005), foi dado em 1943 com a ação pioneira no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, quando o profissional do Serviço Social já se destacava pela mediação entre médico/paciente/família, seja realizando estudos sociais ou na ação grupal sócio-terapêutica. Desde então uma longa trajetória profissional foi traçada nesta área.

Uma trajetória tão ampla e diversificada que, para refletir sobre a ação profissional neste campo, faz-se necessário primeiramente delimitar o foco da abordagem a ser tomada, como bem nos lembra Nogueira (2005). Assim, neste capítulo, buscamos caracterizar como caminharam paralelamente as ações na área da saúde e o desenvolvimento profissional do Serviço Social no Brasil, destacando a inserção desses profissionais na área de saúde mental.

Nossa proposta é resgatar na trajetória histórica do Serviço Social na saúde sua interface com a área de saúde mental, levantando como se deu a inserção profissional nesta área, quais as suas principais atribuições, a relação com os usuários dos serviços e com os outros profissionais da equipe, a contribuição profissional para o trabalho realizado, as dificuldades e possibilidades que se apresentam à intervenção profissional.

2.1 Serviço Social e Saúde – Conhecendo a Trajetória da Intervenção Profissional no Brasil

Refletir a ação profissional do Assistente Social no campo da saúde importa em fazer opções sobre os recortes a serem abordados, uma vez que o trajeto histórico e os desdobramentos atuais da interface Serviço Social e Saúde são amplos e diversificados

Vera Maria Ribeiro Nogueira

No início do século XX, o país era assolado por epidemias causadas por doenças

infecto-contagiosas⁴², quadro que serviu para justificar a prática de um modelo hegemônico de saúde que se baseava no sanitarismo campanhista, visando o combate das doenças por meio de estruturas verticalizadas⁴³ com a intervenção e a execução de suas atividades nas comunidades e cidades.

A partir de 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves⁴⁴, a assistência médica começou a ser prestada através da previdência social, constituída na época pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs⁴⁵ eram organizadas por empresas, com a participação financeira dos empregados, dos empregadores e, em alguns casos, da União.

No entanto, a maioria da população não estava vinculada a estas Caixas e os que necessitavam de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais. Os que não tinham posses contavam apenas com o auxílio das Santas Casas de Misericórdia, destinadas ao tratamento e ao amparo de indigentes e pobres (MOTA, 1995).

A década de 30, marcada pela vigência do Estado Novo de Getúlio Vargas, assinalou o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões⁴⁶ (IAPs), estruturados por categorias profissionais e com recursos financeiros tripartite (Estado, empresa e trabalhadores). Com a criação dos IAPs, a assistência particular das empresas esvazia-se (sem no entanto extinguir-se) em favor da oferta de serviços previdenciários públicos, cujo financiamento contava com recursos⁴⁷ da União (MOTA, 1995).

A transição do modelo econômico agro-exportador para o modelo urbano-industrial, trouxe em seu interior um conjunto de implicações nos planos político e social. A questão social que até a década de 30 era vista como uma questão de polícia, passou a ser reconhecida e legitimada transformando-se numa questão política que exigia soluções diferenciadas.

⁴² Malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase, parasitoses, entre outras.

⁴³ Um fato histórico que caracteriza bem esta forma de intervenção foi a “revolta da vacina”, ocorrida no Rio de Janeiro em 1904. Visando combater um surto de varíola que assolava o país, foi imposta através de ato legal a obrigatoriedade da vacinação a toda população. Esta lei previa desde multas até demissões sumárias a quem resistisse à vacinação, fato que provocou a revolta popular, que apesar de reconhecerem a utilidade da vacina questionavam as condições de sua aplicação (GOHN, 1995, p.66).

⁴⁴ Os mecanismos institucionais de proteção social são contemporâneos ao capitalismo industrial e as políticas de seguridade social no Brasil somente podem ser identificadas como tal, a partir da aprovação da Lei Eloy Chaves, em 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (SANTOS, 1979 apud MOTA, 1995, p.167).

⁴⁵ As primeiras CAPs foram criadas para aquelas categorias que tinham um papel expressivo na atividade exportadora, como é o caso dos ferroviários, estivadores e marítimos. Elas prestavam serviços de assistência médico-curativa, forneciam medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensões para os dependentes dos empregados e auxílio funeral (TEIXEIRA, 1991 apud MOTA, 1995, p.167).

⁴⁶ Os IAPs, criados a partir de 1933, diferentemente das Caixas, não se vinculavam às empresas e sim às categorias profissionais mais expressivas no mercado de trabalho, para as quais sempre havia um sindicato (marítimos, bancários, industriários, servidores do Estado, trabalhadores vinculados ao setor de transporte de cargas e comerciários) (TEIXEIRA, 1991 apud MOTA, 1995, p.168).

⁴⁷ Estes recursos foram essenciais para o desenvolvimento da indústria de base, sendo que a capitalização da previdência transformou-se em sócia privilegiada do Estado, das empresas estatais que começam a surgir e das empresas privadas que destas dependiam.

Especificamente na área da saúde, assinala-se que:

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação da política de saúde, que teve caráter nacional – como as demais políticas sociais – e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública⁴⁸ e o de medicina previdenciária⁴⁹ (BRAVO et al, 2004, p.26).

A nova classe de operários passou a ser motivo de preocupação política, fazendo com que o Estado implementasse medidas de assistência social e proteção ao trabalho. Estas medidas deveriam objetivar a eliminação de situações de conflito, bem como atender de forma preventiva as reivindicações do operariado nascente, evitando que o equilíbrio interno da classe dominante fosse abalado (OLIVEIRA, 1996).

Além do Estado, outras instituições também se preocuparam com a situação da classe operária nascente, destacando-se a Igreja católica. Sendo através dessa que, em 1932, criou-se o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), que tinha como papel mobilizar católicos leigos para difundir o seu pensamento na luta contra a desigualdade social. O CEAS iniciou seus cursos e atividades, tendo como perspectiva a criação de uma Escola de Serviço Social no Brasil, o que veio a ocorrer em 15 de fevereiro de 1936, em São Paulo (OLIVEIRA, 1996).

O Serviço Social se institucionaliza como profissão na sociedade brasileira sob a influência européia, idealista e confessional, visando superar a assistência, enquanto mera prática de concessão de auxílios materiais e financeiros, e o voluntarismo. Contestando-se assim “as formas de caridade existente até então, [...] (e), embora carente de um instrumental técnico adequado, (o Serviço Social) começou a influir na organização do trabalho das instituições sociais, baseado em um conjunto de concepções religiosas, morais e filosóficas” (OLIVEIRA, 1996, p. 111).

Os referenciais que orientaram o pensamento e a ação profissional emergente, baseavam-se no racionalismo higienista, no conservadorismo católico e na sua doutrina social inspirada no pensamento de São Tomás de Aquino⁵⁰ e no ideário franco-belga de ação social, como assinala Yazbek (2000).

⁴⁸ A saúde pública, predominante até meados dos anos 60, teve como características: ênfase nas campanhas sanitárias; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias (BRAVO et al, 2004, p.26).

⁴⁹ A medicina previdenciária teve como marco a criação dos IAPs. Este modelo teve orientação contencionista, diferente do modelo abrangente das CAPs, reduzindo a oferta dos serviços prestados (BRAVO et al, 2004, p.26).

⁵⁰ O *tomismo* (séc.XII) e o *neotomismo* (retomada do tomismo no século XIX) eram orientados por posicionamentos de cunho humanista conservador, contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja diante da *questão social* (YAZBEK, 2000).

A implantação do Serviço Social no Brasil, como apontam Iamamoto e Carvalho (1982, apud OLIVEIRA, 1996) partiu da iniciativa particular de grupos e frações de classes, que se manifestaram por intermédio da Igreja Católica, não se baseando em medidas emanadas do Estado. No entanto,

a aproximação entre este e a Igreja, principalmente a partir de 1935-1937, fez com que os técnicos da assistência social comessem a ser pelo Estado recrutados, com o objetivo (...) de diminuir os conflitos sociais, consequência da industrialização (OLIVEIRA, 1996, p.111).

Outro fator que reforçou a aproximação entre o Serviço Social e o Estado foi à influência que este tinha sobre as classes trabalhadoras, abrindo caminho para absorção dos seus profissionais pelas instituições estatais, mantendo, contudo, sua prática vinculada ao benevolato e ao apostolado, impregnada das concepções de ajuda presentes na profissão (OLIVEIRA, 1996).

Atuando como “fiscalizador da pobreza”, ao assistente social caberia a função de “evitar que a instituição caísse nas ‘armadilhas da conduta popular de encenação da miséria’, garantindo, ao mesmo tempo, o emprego ‘racional’ dos recursos disponíveis”, conforme indicam Iamamoto e Carvalho (1982 apud OLIVEIRA, 1996, p.112).

Intimamente articulado ao desenvolvimento capitalista e aos discursos de outras práticas sociais, o Serviço Social, procurou impor-se como aliado do Estado, tido como o grande planejador dos processos sociais no Brasil, buscando homogeneizar direitos, regular indivíduos e relações produtivas. Com esta ideologia o Serviço Social encontra nas CAPs e posteriormente nos IAPs seu grande campo de trabalho, apoiado, como assinala Bisneto (2005), em portarias ministeriais que obrigaram a contratação dos seus profissionais nos estabelecimentos conveniados à rede previdenciária.

Na década de 40, o conservadorismo católico que marcou a gênese do Serviço Social brasileiro começa a ser tecnificado sob a influência americana, que apresenta propostas de trabalho permeadas de um caráter conservador com influência da teoria social positivista ⁵¹, e que vão marcar a profissão com um perfil ajustador/adaptador. Estas raízes teóricas “das quais

⁵¹ A matriz positivista apresenta um horizonte analítico que aborda as relações sociais dos indivíduos no plano de suas vivências imediatas, como fatos (dados) que se apresentam em sua objetividade e imediatez. Esta perspectiva restringe a visão de teoria ao âmbito do verificável, da experimentação e da fragmentação, voltada para ajustes e conservação da ordem estabelecida. Foi esta perspectiva positivista, em sua orientação funcionalista, que foi particularmente absorvida pelo Serviço Social provocando uma tecnificação da ação profissional que é acompanhada de uma crescente burocratização das atividades institucionais (YAZBEK, 1984 apud YAZBEK, 2000, p.23).

o Serviço Social é caudatário” segundo Iamamoto (1997, p.173), contribuem para entender como a sociedade é lida pelos profissionais e como a profissão é lida nesta sociedade, ou seja,

é importante detectar os fundamentos e a crítica dos modos de pensar a profissão historicamente incorporados e que se encontram estreitamente imbricados à herança intelectual e cultural do pensamento social na modernidade, especialmente na sua vertente conservadora e positivista.

O contato com o Serviço Social norte-americano se dá através de diversos processos de intercâmbio cultural nos Estados Unidos da América (EUA), destacando-se a participação no Congresso Interacional de Serviço Social em Atlantic City (EUA), em 1941.

O alto grau de sistematização do ensino e da profissão nos EUA atraiu os profissionais brasileiros, passando a substituir o julgamento moral com relação à população-cliente por uma análise de cunho psicológico, incorporando uma atuação que primava pela psicologização das relações sociais concedendo benefícios “sob uma capa de modernização técnica e com burocratização das atividades” (BRAVO et al, 2004; NOGUEIRA, 2005, p.06).

A influência americana gerou um rompimento gradual do Serviço Social brasileiro com o modelo europeu (sem no entanto extingui-lo completamente), e aos poucos a profissão foi aderindo a um modelo que se caracterizava pela ênfase na questão metodológica, baseando-se na aplicação dos métodos de caso, grupo e comunidade e em propostas de trabalho permeadas pelo caráter conservador da teoria social positivista, que foram incorporadas pelos profissionais brasileiros sem no entanto adequá-las à nossa realidade.

As décadas de 40 e 50 marcam uma expansão das ações profissionais do Serviço Social em espaços ocupacionais recém criados, como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Social da Indústria (SESI). Nestes espaços o assistente social foi sendo incorporado em programas educativos em saúde e na orientação individual em cuidados de higiene e puericultura às famílias dos trabalhadores (NOGUEIRA, 2005, p. 05).

Especificamente na área da saúde esta expansão das ações profissionais foi motivada, além das condições gerais que nesta conjuntura determinaram a ampliação profissional como um todo, pela divulgação do “novo” conceito de Saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que enfocava aspectos biopsicossociais, determinando que outros profissionais (além dos profissionais da área médica) fossem requisitados para atuar no setor (BRAVO et al 2004, p. 28).

A atuação nos hospitais colocava o assistente social entre a instituição e a população,

viabilizando e intermediando⁵² o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, destacando-se nas intervenções profissionais ações como: o plantão, a triagem ou seleção, os encaminhamentos, a concessão de benefícios e a orientação previdenciária (BRAVO et al, 2004), priorizando as ações no nível curativo e hospitalar. A absorção dos profissionais do Serviço Social pelos centros de saúde⁵³ se deu somente a partir de 1975.

A saúde pública predominou até meados da década de 60, sendo a partir de 1966 sobrepujada pela medicina previdenciária. O projeto político do governo militar, instaurado com o golpe de 1964, buscava a modernização e visava um crescimento baseado nas premissas capitalistas. A política de saúde neste período (até 1974⁵⁴) “desenvolveu-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada” (BRAVO et al, 2004, p. 27).

É ainda no período do regime autoritário e na vigência de um outro padrão de industrialismo e acumulação, que se presencia a retomada da seguridade própria das empresas, que será feita concomitantemente com a expansão do sistema público de proteção social, através da unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A criação do INPS ao mesmo tempo em que ampliava a cobertura de atendimento, revelava o caráter discriminatório da política de saúde, impondo desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e à quantidade de serviços destinados às populações urbanas e rurais e entre as diferentes clientela dentro de cada uma delas.

Neste cenário, o Serviço Social permanece com uma postura metodológica baseada na matriz funcionalista, com propostas de trabalho ajustadoras e com um perfil manipulatório, voltado para o aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas para a intervenção, de modelos de análise, diagnóstico e planejamento (YAZBEK, 2000, p. 23).

O mercado de trabalho cresce para o assistente social nas instituições de assistência médica. A prática profissional enfatiza a tecnificação da intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios enquanto doação.

⁵² Diante da inviabilidade de se universalizar a atenção médica e social, a estratégia de ação baseava-se na criação de programas que priorizavam alguns segmentos da população. Nesta ação cabia ao assistente social a execução de uma prática educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde, prática esta de cunho interventivo-normatizador.

⁵³ Os Centros de Saúde foram criados a partir de meados da década de 20, oferecendo serviços básicos como a higiene pré-natal, infantil e pré-escolar. Suas atividades tinham como proposta fundamental introjetar, na população, educação sanitária e testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades (BRAVO et al, 2004).

⁵⁴ A partir de 1974, principalmente por pressão dos setores estatal e empresarial, retoma-se algumas medidas de saúde pública, porém de forma limitada.

O aspecto educativo da intervenção é concretizado no desempenho de funções terapêuticas, preventivas e promocionais, que visam o controle da classe trabalhadora.

O período de distensão política (1974-1979) não altera o trabalho do Serviço Social na saúde, mas foi neste período que ocorreu o processo organizativo da categoria, o aparecimento de outras direções para a profissão, o aprofundamento teórico dos docentes e o movimento geral da sociedade, como assinalam Bravo et al (2004, p.31).

Alguns assistentes sociais foram levados, como assinala Oliveira (1996, p.117), “a um processo de recusa e crítica às experiências desenvolvimentistas baseadas nos moldes tradicionais de um Serviço Social importado de outros países”. Essa rejeição ao modelo de intervenção norte-americano, aliado a tentativa de adequar a atuação profissional a modelos que contemplassem a realidade nacional, deu início ao chamado “movimento de reconceituação do Serviço Social”.

O movimento de reconceituação propunha a busca de modelos metodológicos coerentes com a realidade de cada nação e trazia a preocupação de pensar a profissão a partir de seus elementos constitutivos internos, impondo aos assistentes sociais a necessidade de construção de um novo projeto ético e político (OLIVEIRA, 1996; YAZBEK, 2000). Essa discussão tinha o respaldo de diversos profissionais das ciências sociais e humanas, não só do Brasil, mas também da América Latina.

Além da atualização, modernização e aperfeiçoamento do seu instrumental técnico e metodológico, o movimento de reconceituação, também levou ao questionamento do conservadorismo presente no seio da profissão e configurou para essa a apropriação de uma outra matriz teórica: a teoria social de Marx (YAZBEK, 2000). A partir deste movimento, segundo Lima (2004), o Homem passou a ser pensado a partir de suas relações sociais⁵⁵ (e humanas) com a natureza.

A principal conquista da reconceituação, no entanto, é apontado por Netto (2005, p.12-13), como sendo a “recusa do profissional de Serviço Social de situar-se como um agente técnico puramente executivo (quase sempre um executor terminal de políticas sociais)”. Como “equívocos e descaminhos” o autor destaca que em alguns momentos este movimento conduziu a profissão a um “ativismo político que obscureceu as fronteiras entre a profissão e o militatismo [...] posto então como um ofício heróico e/ou messiânico”.

Outros autores também apontam críticas ao movimento de reconceituação assinalando-se: a falta de uma intervenção objetiva que visasse à eliminação das situações de

⁵⁵ Aqui a autora se refere a um determinado tipo de “relações sociais”, construídas dentro do contexto de um modo de produção capitalistas.

carência de sua clientela (OLIVEIRA, 1996); a utilização de um marxismo equivocados que recusou a via institucional e as determinações sócio-históricas da profissão (YAZBEK, 2000); as poucas mudanças apresentadas à intervenção profissional, especificamente na área de saúde, deixando algumas “lacunas” ou “vácuos” que precisam ser recuperados para que esta “intenção de ruptura” chegue ao cotidiano dos serviços (BRAVO et al, 2004; LIMA, 2004). Porém, apesar destes “equivocos”, é inegável o reconhecimento deste movimento como um marco histórico da profissão.

A partir dos anos 80 o Serviço Social brasileiro presenciou o desenvolvimento de uma perspectiva crítica, tanto a nível teórico como prático, constituída a partir do espírito próprio da reconceituação (NETTO, 2005). Esta década marca também um período de grande mobilização política no Brasil e um aprofundamento da crise econômica. No âmbito da saúde ocorre um movimento significativo na saúde coletiva e profissionalmente o Serviço Social amplia o debate teórico e a incorporação de algumas temáticas fundamentadas no marxismo (BRAVO et al. 2004, p.32)

Ainda na década de 80 (1986) acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico de grande importância na trajetória da política pública de saúde do Brasil. Essa conferência reuniu milhares de pessoas que discutiram os rumos da saúde no país e seu relatório final serviu de base à reformulação da Constituição Federal, além de levantar a bandeira da reforma sanitária.

Neste período, os assistentes sociais inseridos nas redes estaduais e municipais de saúde se envolvem nas discussões e na implementação das mudanças para o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), colocando-se como importantes agentes nas ações de educação em saúde.

Com relação à Constituição de 1988, cabe ressaltar os avanços obtidos pela área da saúde, que passou a integrar, juntamente com a assistência e a previdência, a seguridade social. Especificamente para a saúde foram dedicados cinco artigos (Art.196 – 200), que “determinam que esta é um direito de todos e dever do Estado, e estatuem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único” (BRAVO et al. 2004, p.33).

O Serviço Social, no momento da aprovação da nova Constituição, também procurou, seu processo de renovação, visando encontrar uma nova direção a ser dada à profissão, abrindo espaço para penetração de outras propostas de abordagem, como as fundamentadas na

fenomenologia⁵⁶ e no referencial marxista, sendo que este último, segundo Yazbek (2000, p. 26), vai “imprimir direção ao pensamento e à ação do Serviço Social no Brasil”.

Os anos 80, segundo Bravo et al (2004), são fundamentais para o entendimento da profissão hoje, pois marcam o início da maturidade profissional e assinalam uma tendência que se tornaria hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – a intenção de ruptura – que proporcionou uma interlocução com a tradição marxista.

No campo prático, no entanto, a hegemonia se desfaz e dá lugar a um pluralismo metodológico⁵⁷, que muitas vezes é confundido com o ecletismo. Para Tonet (1995, p. 36), o risco do pluralismo está em não se ter “o cuidado de verificar com rigor a compatibilidade de idéias e paradigmas diferentes, dando origem a uma colcha de retalhos (...)”. E Coutinho (1991 apud YAZBEK, 2000), nos lembra que os posicionamentos ecléticos acabam por conciliar o inconciliável.

Já na década de 90 o cenário nacional configura-se por um intenso processo de privatizações, que marcam também o projeto de saúde com uma lógica de atendimento aos cidadãos consumidores, ficando a cargo do Estado a garantia de cuidados mínimos aos que não podem pagar. Este caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, aliado a desconcentração dos serviços e ao questionamento da universalidade do acesso, levam a uma desqualificação do social, que passa a ter um recorte de perspectiva diferenciada e reduzida ao campo da pobreza (BRAVO, et al. 2004; NOGUEIRA, 2005).

Inserido neste processo contraditório, o Serviço Social, para atender as requisições dos projetos privatista e da reforma sanitária, tem buscado alternativas à intervenção profissional, destacando-se a ampliação da sua atuação “tanto em termos de novos espaços ocupacionais como em novas modalidades interventivas” (NOGUEIRA, 2005, p. 07).

Entre estas experiências que o profissional tem buscado para sua prática, destacamos a terapia familiar, que aponta como um caminho que alguns profissionais do Serviço Social tem buscado trilhar na área de saúde mental, visando se inserir nos espaços ocupacionais que surgem principalmente nas diversas instituições de caráter privado que intervêm nos processos de *adicação*, procurando elaborar “uma direção estratégica para sua profissão”, como recomenda Netto (1996 apud YAZBEK, 2000, p. 33).

⁵⁶ Esta perspectiva propõe uma abordagem profissional que supere as intervenções tecnicistas e burocratizadas sobre os “clientes”, através de sua valorização como “pessoa” e das suas potencialidades, referentes à transformação de sua situação de vida.

⁵⁷ Cristiane da Silva Jesus realizou no ano 2004 um estudo sobre a prática profissional do assistente social com famílias, abordando a questão da metodologia utilizada pelos profissionais. O estudo aponta que as noções, os conceitos e os autores citados como referenciais teóricos estão relacionados às particularidades de cada espaço ocupacional e às demandas apresentadas ao assistente social, configurando um pluralismo metodológico nas ações.

2.2 Serviço Social e Saúde Mental: Trilhando Novos Caminhos na Intervenção com Famílias

A crença de que a instituição familiar exerce grande influência na formação e na vida do indivíduo está presente em todas as categorias profissionais que se interessam por trabalhar com aquela. O que diferencia uma intervenção de outra é a forma como essa instituição é vista pelos profissionais e como ela se insere nas diversas intervenções que a abordam.

Ivana Carla Garcia Pereira, 2002

Até o início do século XIX, a assistência médica dispensada aos doentes mentais centrava-se na criação de asilos. Estes eram espaços predominantemente destinados aos loucos pobres ou empobrecidos, em especial aos sem famílias, estando inseridos no rol das estratégias de enfrentamento da questão social (ROSA, 2002).

A partir de 1830, os médicos higienistas começaram a criticar os métodos de tratamento das Santas Casas de Misericórdia, que reservavam locais e celas para os cuidados dos chamados loucos. Como resultado destes protestos em 1841, foi fundado o primeiro hospício, no Rio de Janeiro, seguindo a orientação e os propósitos da escola alienista francesa. Em 1890 esta instituição é entregue ao Estado, que o transforma no Hospício Nacional para Alienados passando a pertencer à esfera do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. (GONÇALVES, 1983).

Em 1903, através da Lei 1132, reorganiza-se a assistência a alienados, prevendo em seu artigo 1º que os alienados que comprometerem a ordem pública ou a segurança das pessoas devam ser recolhidos a um estabelecimento específico sob a tutela da Psiquiatria. A esta Lei sucede-se a reorganização dos asilos existentes e a criação de outros dispositivos psiquiátricos (GONÇALVES, 1983).

Posteriormente, os asilos passaram a receber a denominação de hospitais psiquiátricos, classificando o espaço institucional asilar como espaço de organização e legitimidade para o exercício de um saber – o saber psiquiátrico que ganha *status* e estabelece-se como especialidade médica, sendo reconhecido por sua competência para intervir nas questões sociais postas pela loucura, conforme aponta Rosa (2002). Em 1930 a assistência aos “psicopatas” passa a ser incorporada pelo recém criado Ministério da Educação e Saúde Pública.

A década de 40 marca a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e o início da atuação do Serviço Social na área de saúde mental, destacando-se a inserção de seus

profissionais nas equipes de trabalho das Clínicas de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ).

A COJ surgiu em 1946, criado pelo então Departamento Nacional da Criança e a COI surgiu no ano de 1953 no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Ambos os trabalhos seguiam o modelo original americano, com forte influência da psicanálise e da higiene mental. As equipes de trabalho eram geralmente compostas por assistentes sociais, psiquiatras e psicólogos (PEREIRA, 2002).

O trabalho profissional, acompanhando a concepção higienista⁵⁸ em vigor na época, se limitava ao atendimento de jovens e famílias cadastradas pelas clínicas de orientação (COI e COJ), enfatizando a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde.

Ao Serviço Social cabiam suas tradicionais funções (triagem e entrevista), destacando-se seu papel intermediador nas relações entre a instituição e o usuário dos serviços. A partir das entrevistas realizadas, cabia ainda ao Serviço Social, a elaboração de um histórico do usuário em sua rede de relações (família, escola, etc.). Este histórico era denominado de “diagnóstico” e posteriormente era apresentado para discussão com os outros profissionais nas reuniões de equipe (PEREIRA, 2002).

No trabalho nas clínicas de orientação, as famílias passavam a ganhar importância fundamental enquanto colaboradores-informantes no tratamento e o assistente social agia “numa perspectiva de procurar manter a unidade familiar”, respaldando-se em conceitos morais que culpavam a instituição familiar pelos problemas emocionais apresentados por seus membros, reproduzindo “os padrões ideológicos relacionados à divisão de gênero e ao patriarcado” (PEREIRA, 2002, p. 235).

O modelo de atendimento das clínicas de orientação, como assinala Pereira (2002), marcou o Serviço Social de casos, ou clínico, como ficaria conhecido, nas intervenções da profissão na área de saúde mental, alcançando ampla difusão no cenário nacional e valorizando a atuação profissional, que se nivela a outras profissões da área de saúde mental, como a psicologia e a psiquiatria.

Além do trabalho no Departamento Nacional da Criança, também se destacava como área de referência profissional⁵⁹ no plano estatal, o trabalho nas comunidades terapêuticas,

⁵⁸ A prática higienista tinha o objetivo de intervir em todos os âmbitos da vida, por meios de parâmetros higiênicos, aos quais se pretende adequar o comportamento cotidiano dos indivíduos, chegando-se assim, ao modelo do bom cidadão (ROMERO, 2002).

⁵⁹ Nogueira (2005, p.06) também destaca a expansão das Santas Casas de Misericórdia e implementação das primeiras Secretarias de Saúde Municipais como os dois outros espaços de incorporação da força de trabalho dos

junto aos hospitais psiquiátricos, que primavam pela organização e pela clareza de objetivos da ação (BRAVO, 1996, apud NOGUEIRA, 2005).

O movimento das comunidades terapêuticas iniciou-se, como aponta Pereira (2002, p. 228), na Inglaterra durante a segunda guerra mundial, alastrando-se também para os Estados Unidos. Esta experiência trazia como principal premissa à promoção de uma transformação na psiquiatria, propondo um movimento de reação à realidade dos asilos psiquiátricos e buscando a humanização do tratamento dos doentes mentais.

No entanto, segundo Melman (1998 apud PEREIRA, 2002), a experiência das comunidades terapêuticas só ganhou repercussão mundial ao ser recomendada pela Organização Mundial da Saúde que, em 1953, sugeria a sua aplicação em todos os hospitais psiquiátricos.

Apontam-se dois importantes fatores para o sucesso deste movimento:

A estrutura da Comunidade Terapêutica permitiu a participação de vários profissionais no movimento, dentre eles o assistente social; possibilitou também a existência de uma nova forma de olhar para a instituição familiar no tratamento psiquiátrico [...] (PEREIRA, 2002, p. 237).

No Brasil, porém, as idéias de reforma psiquiátrica, não alteraram o padrão de investimento na área de saúde mental, mantendo um sistema de atendimento psiquiátrico baseado nos moldes do início do século, com a agravante que o aparato hospitalar estava se deteriorando pelas péssimas condições de manutenção e pela falta de pessoal técnico adequado ao atendimento.

O novo governo, instaurado como golpe de 1964, reorganizou os serviços de saúde mental em bases capitalistas, priorizando o investimento na organização do atendimento de saúde para os trabalhadores formais do mercado de trabalho, e em especial na psiquiatria, intencionando recuperar a força de trabalho inativa e ao mesmo tempo exercer o controle social.

Duas estratégias convergentes serviram, então, como eixos para alavancar a intricada engrenagem que receberia, em 1975, o pomposo nome de Sistema Nacional de Saúde: a compra de serviços no mercado, pelo Estado, e a transferência da função provedora para a iniciativa privada (VIANNA, 1998, p. 137)

Esta lógica de caráter privatizante, que levou a concentração de investimentos na área de saúde privada, fez com que ambulatorios e leitos particulares fossem destinados aos trabalhadores formais do mercado de trabalho, e os hospícios atendessem à sua freguesia

assistentes sociais, permanecendo o estatuto profissional de ação paramédica.

tradicional de indigentes, desempregados, mendigos, etc.

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, tornando a doença mental um objeto de lucro. Aumentam os números de vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados. A Previdência Social chega a destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para internações na rede hospitalar. As propostas que buscavam alternativas não manicomiais encontraram grandes dificuldades (FERREIRA, 2004, p.13).

No cenário de Santa Catarina, a assistência ao doente mental seguiu os pressupostos que orientaram esta assistência nas demais unidades da federação. Seguindo uma concepção predominante na época privilegia-se a internação como forma de assistência ao doente mental, apoiando-se a construção de grandes hospitais⁶⁰ e mantendo convênios com a rede privada⁶¹.

Foi neste contexto que as comunidades terapêuticas acabaram assumindo, no Brasil, um importante viés político na busca de alterações na estrutura dos espaços asilares. Enquanto nos espaços públicos conveniados era impossível implementar qualquer alteração do sistema de tratamento tradicional, os espaços asilares, por sua invisibilidade social, tornaram-se "uma alternativa para a construção de experiências libertárias" (PEREIRA, 2002, P.234), destacando-se a possibilidade de inclusão da família no tratamento, abrindo-se espaço para sua fala.

A experiência de comunidades terapêuticas serviu de referência para toda uma geração de profissionais de saúde mental (VASCONCELOS, 2002) e representou, segundo Pereira (2002), um importante avanço na história da saúde mental, incrementando as relações interprofissionais dentro das instituições hospitalares, valorizando padrões democráticos na administração do tratamento e constituindo-se num importante passo na direção de novas práticas interdisciplinares.

Na análise de Amarante (1994 apud FERREIRA, 2004, p.13), no entanto, estas experiências no Brasil, foram legadas a marginalidade, pois são "experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo".

As terapias familiares também atraíram e influenciaram vários profissionais da área psicossocial, entre eles, os assistentes sociais. Surgidas na década de 50 em diversos pontos dos Estados Unidos e na Inglaterra, como resultado, por um lado, da iniciativa de diversos clínicos que, de forma independente, ousaram romper os limites da perspectiva individual

⁶⁰ Em 1941 foi inaugurado o Hospital Colônia Santana, no município de São José. Na década de 50, surgem três hospitais (Casa de Saúde Rio Maina, em Criciúma; Instituto São José, na região da Grande Florianópolis; Clínica Nossa Senhora da Saúde, em Joinville), todos da iniciativa privada (FERREIRA, 2004, p.19)..

⁶¹ Na década de 80 o Estado amplia os convênios com os hospitais gerais, visando aumentar a oferta de leitos (FERREIRA, 2004, p.19).

para entrevistar os familiares de seus pacientes, principalmente crianças e psicóticos, por outro lado, das pesquisas que investigavam a comunicação familiar.

No Brasil, a terapia de família chegou na década de 70, através de profissionais de São Paulo, Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, que haviam buscado sua formação no exterior. Os pioneiros em terapia familiar no Brasil disseminaram seus estudos através de seminários e fundando associações para a organização de cursos de formação, voltados naturalmente para o trabalho clínico privado.

A terapia familiar, segundo Adriana Carbone⁶², não é recomendada para qualquer caso, porém tem indicação clara para certas situações:

- ✓ problemas com várias pessoas da mesma família
- ✓ problemas evidentes de relacionamentos entre pais
- ✓ violência, alcoolismo, drogadição, distúrbio psíquico, luto patológico entre outros.

Se pelo aspecto teórico a terapia familiar permitiu muitas contribuições, no âmbito das práticas gerou um novo olhar sobre o terapeuta desmistificando-o como *expert*, que passou a assumir um papel de facilitador, cujo conhecimento é auto-referencial.

Além de representar um importante referencial teórico para trabalhar a família, a terapia familiar, segundo Pereira (2002), atribuiu um novo *status* ao profissional, pois o habilitava a exercer práticas profissionais liberais em consultórios privados, valorizando-o profissionalmente e possibilitando ganhos financeiros extras.

No entanto, Pereira (2002), assinala que a implantação das terapias familiares no Brasil, coincide com o cenário profissional de recusa a teorias importadas (movimento de reconceituação) e com o crescimento da Psicologia como profissão, disputando a hegemonia no trabalho com famílias e questionando a utilização da terapia familiar pelos profissionais do Serviço Social.

No caso do Serviço Social existiu uma dupla batalha: uma, dentro da profissão através da Reconceituação que buscou enfraquecer as posições contrárias às dela e outra fora, do Serviço Social com outras profissões pela posse da área familiar; neste sentido houve um aproveitamento por parte dos psicólogos das posições fragilizadas dos assistentes sociais, para a imposição de suas idéias (TEIXEIRA, 1997 apud PEREIRA, 2002, p. 245).

Mesmo tendo sido rejeitada na década de 70 pelas instituições formadoras, a Terapia

⁶² Mestre pelo programa de estudos pós-graduados em psicologia clínica da PUC/SP; especialista em terapia familiar e de casal (NUFAC - PUC/SP); membro da APTF – Associação Paulista de Terapia Familiar de São Paulo; professora da UNISA – Universidade Santo Amaro. Fonte: Revista Catharsis, disponível em: <http://www.revistapsicologia.com.br>, acesso em 08/03/2006.

Familiar atraiu muitos assistentes sociais que ampliaram sua formação com esta especialidade. Para a assistente social Maria Amália Faller Vitale⁶³, antes essa discussão era praticamente ignorada, mas agora está sendo melhor tratada nas faculdades. Para ela “a contribuição do Serviço Social nesse campo é muito rica, pois trabalha a família no contexto sócio-histórico, na inter-relação com a sociedade e nas políticas públicas”.

Outra assistente social, Ada Pellegrini Lemos⁶⁴, também avalia que a terapia familiar pode estar inclusa dentre as políticas da Assistência Social, já que “diversas questões, como dependência em drogas e evasão escolar, não podem ser resolvidas fora da família”. Ela conta que, além da formação em psicanálise, buscou se aprofundar em sociologia e antropologia, para chegar a uma “composição de conhecimentos”. Para Lemos, o Serviço Social pode contribuir muito para a terapia familiar, pois trabalha a idéia que o indivíduo não pode ser isolado das estruturas econômicas, sociais e culturais. E, acrescenta que esse tema vem ganhando força e que a graduação em Serviço Social poderia ainda “abrir os olhos dos alunos para as abordagens terapêuticas, dando a chance de o estudante, se quiser, se aprofundar no tema posteriormente”.

Estas práticas, no entanto, acabam por precarizar o mercado de trabalho, o que leva a um “quadro em que se alteram as profissões, redefinem-se suas demandas, monopólios de competências e as próprias relações de trabalho” (YAZBEK, 2000, p. 30). Por este motivo recomenda-se que toda prática profissional seja orientada pelo Código de Ética do Serviço Social, com vistas à consolidação do projeto ético-político-profissional defendido pela categoria.

Visando conhecer uma experiência prática, vamos apresentar o trabalho de uma profissional do Serviço Social que foi buscar especialização em terapia familiar e que, aliada a uma longa história com a temática das *adições*, que foi objeto de seu mestrado, lhe garantiu espaço numa clínica para tratamento de *adictos* e de seus familiares.

⁶³ Professora da pós-graduação em Serviço Social da PUC SP, terapeuta familiar. Disponível em: <http://www.cress-sp.org.br/index.asp?fuseaction=info&id=184>, acesso em 08/03/2006.

⁶⁴ Professora da pós-graduação da PUC SP e terapeuta de casal e família. Disponível em: <http://www.cress-sp.org.br/index.asp?fuseaction=info&id=184>, acesso em 08/03/2006.

CAPÍTULO III

O PROCESSO DE OBSERVAÇÃO: CONHECENDO UMA EXPERIÊNCIA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL COM FAMÍLIAS ADICTAS

Referimo-nos a um projeto profissional que, demarcado pelas condições reais e efetivas do exercício profissional na divisão do trabalho, seja capaz por um lado, de responder às demandas atuais feitas à profissão a partir da realidade do mercado de trabalho, visto ser o Assistente Social um profissional assalariado, que depende de um contrato de compra e venda de sua força de trabalho especializada com organismos institucionais de caráter predominantemente patronal, públicas ou privados; e, por outro lado, de reconhecer e conquistar novas e criativas alternativas de atuação, expressão das exigências históricas apresentadas aos profissionais pelo desenvolvimento das sociedades nacionais.

Marilda Villela Iamamoto

CAPÍTULO III - O PROCESSO DE OBSERVAÇÃO: CONHECENDO UMA EXPERIÊNCIA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL COM FAMÍLIAS *ADICTAS*

Neste capítulo buscamos conhecer o trabalho do profissional do Serviço Social, atuando numa equipe que atende a familiares de *adictos*, caracterizando estes como seus *co-dependentes* no processo de *adicção*.

Os termos *adicção* e *co-dependência* foram adotados pelos profissionais das áreas “psi”, mas vêm provocando inquietações, pois a cada dia os aspectos sociais envolvidos nestes processos vão sendo acentuados, evidenciando-se a necessidade da incorporação de profissionais do Serviço Social para comporem as equipes de atendimento. Estas demandas, por sua vez, têm conduzido alguns assistentes sociais a buscar o aprimoramento do seu instrumental teórico-metodológico, tendo com isso que garantir, ao mesmo tempo, o atendimento destas demandas e a manutenção da identidade profissional.

Durante quatro meses⁶⁵ foi observado um grupo de familiares⁶⁶ de pacientes de uma clínica em Florianópolis especializada no atendimento de *adictos*. Esta clínica, segundo seu folder de orientações para familiares, atua, desde abril de 1984, como unidade de tratamento dos transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso do álcool e de outras drogas.

Na primeira seção deste capítulo iremos trazer o contexto institucional da clínica e sua proposta de trabalho para o atendimento a familiares de *adictos*. Na segunda seção serão apresentadas algumas considerações metodológicas sobre o processo de observação e na terceira seção buscaremos refletir sobre a intervenção profissional com famílias *adictas*.

3.1 O Espaço Institucional - Caracterizando o Contexto Observado

Promover a melhoria contínua na qualidade de vida dos nossos pacientes, através da prevenção e assistência integral, sustentada por princípios éticos e de solidariedade social.

Missão da Clínica

No período de julho a novembro do ano de 2005, foi observado um grupo de

⁶⁵ A observação do grupo de famílias foi realizado no período de 05/07/2005 a 01/11/2005.

⁶⁶ O grupo observado está atualmente sob a coordenação de um profissional do Serviço Social e passa por um momento de reestruturação, onde, em especial, está sendo alterada a sua dinâmica de funcionamento.

familiares de *adictos*. Este grupo tem como enquadre⁶⁷ reuniões semanais, as terças-feiras, por um período de uma hora (das dezoito às dezenove horas), sendo coordenado atualmente por uma assistente social que presta serviços à clínica.

O grupo atualmente tem como proposta acompanhar o processo de tratamento do paciente, envolvendo os familiares (de pacientes internos e externos), estimulando-os a trabalhar seus sentimentos e dificuldades no manejo das relações familiares, tanto no período de internação, como no pós-alta. O objetivo principal é orientar a família e estimulá-la a envolver-se no processo terapêutico, buscando a recuperação não apenas do paciente, mas também de seus familiares.

Localizada num hospital geral, a clínica atua na esfera privada desde abril de 1984, década em que foram incrementadas as contratações de serviços privados para atuar de forma conveniada com a rede pública, como foi levantado no segundo capítulo.

A infra-estrutura da clínica conta com uma área de 600 metros quadrados, tendo capacidade instalada para dezoito leitos, dispondo ainda de cinco consultórios médicos; oito apartamentos duplos, com banheiros privativos; uma unidade de desintoxicação; auditório com capacidade para setenta pessoas; posto de enfermagem; recepção; refeitório; sala de estar; sala de TV; sala de leitura; biblioteca e videoteca e *solarium* (área descoberta).

A clínica realiza atendimentos a particulares e a convênios de assistência médica, tanto de pessoa física como jurídica. Um perfil levantado entre os anos de 1997 e 1998, apontou que a maioria das internações é originária do sistema de convênios⁶⁸ (superior a 50% nos dois anos analisados), os demais atendimentos são realizados em caráter particular. Os pacientes, identificados neste perfil, são na sua maioria provenientes da região litorânea, do sexo masculino e encontra-se na faixa etária dos 31 aos 40 anos de idade, com ocupação proveniente de serviços administrativos (bancários, escriturários, entre outros).

O programa de tratamento prevê o acompanhamento permanente ao paciente por um período de três anos, que se divide em duas etapas, uma de internação hospitalar e outra de acompanhamento em sistema ambulatorial. Compreende as modalidades de internação integral, hospital dia, hospital turno e ambulatório.

A equipe técnica é classificada como multiprofissional, sendo composta por profissionais da Medicina (psiquiatria e clínica geral), Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem (incluindo os seus técnicos), Fisioterapia e Educação Física, além

⁶⁷ O enquadre é um instrumento técnico utilizado como organizador de grupos operativos, estabelecendo o dia, hora e término das sessões grupais (GUIMARÃES, 2002).

⁶⁸ Atualmente não são realizados atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

de consultores e voluntários.

Na primeira etapa de tratamento, o programa é composto de atendimento individual e abordagem grupal. Como parte do atendimento individual o paciente passa por uma avaliação clínica e laboratorial, a partir de um diagnóstico que definem quais as necessidades para cada caso. As atividades terapêuticas compreendem a participação em grupos de orientação, seminários⁶⁹, atividades lúdicas, físicas e ocupacionais. Há rigidez no cumprimento dos horários e são estimuladas a organização e preservação do ambiente pessoal e coletivo, visando a melhoria da sociabilidade e buscando restabelecer ou criar novos valores priorizando a qualidade de vida.

O período inicial de internação é em geral de trinta dias, sendo que este período pode variar dependendo de vários fatores, como o desenvolvimento do quadro clínico do paciente e o surgimento de comorbidades⁷⁰. Alguns convênios somente autorizam um período máximo de quinze dias de internação, fazendo com que alguns pacientes complementem o período de internação em caráter particular, para atender as suas necessidades clínicas.

A reinserção social do paciente também é um fator que influencia na definição do tempo de permanência deste em regime de internação, pois estes precisam se sentir seguros para voltar para o meio social externo. A reinserção, segundo Duarte (2004, p.135), “assume caráter de reconstrução de perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania”. O paciente precisa estabelecer, ou resgatar, sua rede social, que não existia ou foi comprometida pelo período de abuso da droga.

Outra opção do plano de tratamento da clínica é o hospital dia, realizada através de um sistema de internação parcial, onde o paciente participa de todas as atividades terapêuticas diárias prescritas pelo médico psiquiatra responsável e equipe. Uma variação desta modalidade é o hospital turno, onde o paciente permanece em internação parcial efetivada na forma de turno, matinal ou vespertino, permitindo que sejam compatibilizadas atividades profissionais e estudantis com o tratamento.

Após a etapa de internação, o tratamento prevê um sistema de acompanhamento ambulatorial por um período de dois anos e onze meses, totalizando três anos de tratamento, que são divididos em dez etapas. A cada etapa concluída é realizado um ritual de entrega de fita, que simbolizam o cumprimento dos períodos de recuperação.

⁶⁹ Anualmente é realizado o seminário dos grupos de recuperação, que é totalmente organizado pelos pacientes, trazendo diversos depoimentos e exemplos de pacientes que tem obtido êxito no processo de recuperação.

⁷⁰ Comorbidade é a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais ou com outras condições clínicas gerais (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP, 2003).

O quadro a seguir apresenta as etapas da recuperação, o período a que correspondem estas etapas, bem como a cor da fita que simboliza esta recuperação:

ETAPAS DA RECUPERAÇÃO		
ETAPAS	PERÍODO	COR DA FITA SIMBÓLICA
1ª	Internação (30 dias)	Branca
2ª	3 meses	Azul claro
3ª	6 meses	Azul royal
4ª	9 meses	Azul médio
5ª	1 ano	Azul escuro
6ª	1 ano e 4 meses	Verde claro
7ª	1 ano e 8 meses	Verde médio
8ª	2 anos	Verde escuro
9ª	2 anos e 6 meses	Amarelo
10ª	3 anos	Lilás

Fig.2 – Quadro das etapas de recuperação

O programa terapêutico é baseado num modelo biopsicossocial, com ênfase às técnicas de prevenção a recaídas e centrado na técnica cognitivo-comportamental americana. A clínica adota um manual de prevenção à recaída, elaborado por sua equipe técnica com colaboração dos pacientes para dar suporte, organização e orientação ao processo de recuperação, sendo utilizado a partir da internação e, principalmente, após a alta hospitalar. Através deste manual o paciente pode participar ativamente do seu processo de tratamento, identificando seus fatores e situações de risco para manejo da recaída.

As atividades terapêuticas são descritas nos manuais da clínica como atividades diárias essenciais ao tratamento e que têm como objetivo principal o auxílio ao paciente na tomada de consciência do seu processo de dependência, instrumentalizando-o para evitar lapsos e recaídas. Estas atividades, basicamente, são realizadas através de abordagens grupais, destacando-se os grupos de: sentimentos; desenvolvimento; orientação; auto-ajuda, atividades terapêuticas, prevenção à recaída e bioenergética.

Os familiares são envolvidos no processo terapêutico a partir da internação, quando um ou mais membros são abordados individualmente (consultas e entrevista) e em grupo (grupo de orientação multifamiliar e grupo de famílias), ficando em tratamento conjuntamente com seu membro sintomático.

Os grupos de familiares são instrumentos facilitadores para o processo de recuperação, pois conviver com grupos de pessoas que vivem situações semelhantes ajuda a compreender os próprios processos e a se fortalecer para enfrentá-los. Assim a abordagem grupal tem se constituído num campo de atuação com grandes possibilidades para o profissional do Serviço

Social que trabalha com famílias *adictas*.

Nos grupos, geralmente, é possível captar vários aspectos, que irão auxiliar no tratamento destas famílias, pois o espaço grupal cria possibilidades de se expor, seja pelo pacto do anonimato, ou pela identificação com as situações apresentadas.

O manual de organização da clínica onde realizamos a observação traz que a assistência psicossocial está subordinada a diretoria técnica da clínica (atualmente ocupada por um médico psiquiatra) e relaciona uma série de atribuições, que devem ser partilhadas entre psicólogos e assistentes sociais (ANEXO C). Dentre estas atividades encontra-se a coordenação dos grupos de familiares dos pacientes.

O grupo de famílias existe há mais de dez anos e funciona semanalmente (as terças-feiras) nas dependências da clínica (auditório). Atualmente este grupo está sob a coordenação da assistente social, mas já foi coordenado pela profissional da Psicologia. O revezamento na coordenação dos grupos terapêuticos é comum, como aponta Guimarães (2002), pois esta pode ser desempenhada por profissionais de diversas especialidades da área da saúde, como terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros.

A seguir apresentamos algumas considerações metodológicas do processo de observação, que traz como objetivo a coleta de informações sobre a atuação do profissional do Serviço Social com os familiares dos *adictos*.

3.2 O Processo de Observação – Considerações Metodológicas

[...] é importante construir conhecimentos objetivos, que sigam as regras e as metas das ciências sociais. Mas sem neutralidade. Sabemos de que lado estamos.

Boaventura de Sousa Santos

O convite para realizar a observação do grupo de familiares de *adictos* partiu da assistente social da clínica onde realizamos o processo de observação, quando esta ainda mantinha vínculo de docente com o Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Inicialmente a observação pretendia evidenciar os aspectos sociais envolvidos no processo de co-dependência dos familiares dos *adictos*, bem como realizar o registro documental deste grupo, até então inexistente. Porém o caráter exploratório dos estudos no

processo de observação, como aponta Gil (1994), pode gerar a necessidade de redefinição dos objetivos ao longo desse processo, como ocorreu neste trabalho, quando ao longo da observação fomos redefinindo o foco até direcioná-lo a conhecer como se dá à atuação do profissional do Serviço Social com famílias *adictas*.

A observação é um instrumental básico para o Serviço Social e enquanto técnica de coletas de dados se constitui, segundo Gil (1994, p. 104), em elemento fundamental para a pesquisa, “desde a escolha e formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados”. Na fase de coleta de dados o papel da observação se torna mais evidente, seja esta conjugada com outras técnicas ou mesmo utilizada de forma exclusiva, sendo considerada como método de investigação por sua presença constante em todo o processo de pesquisa.

A observação está presente em nosso cotidiano, quando utilizamos os sentidos para adquirir conhecimentos sobre o fato observado. Porém, como procedimento científico, ela apresenta as seguintes características, segundo Gil (Ibid):

- ✓ serve a um objetivo formulado de pesquisa;
- ✓ é sistematicamente planejada;
- ✓ é sistematicamente registrada e ligada a proposições mais gerais; e
- ✓ é submetida à verificação e controles de validade e precisão (SELLTIZ et al., 1967, p.225, apud GIL, 1994, p. 104).

Como principal vantagem da observação, em relação a outras técnicas, Gil (Ibid), aponta a possibilidade dos fatos serem percebidos diretamente, sem qualquer intermediação, reduzindo a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social. Já como principal desvantagem, ou inconveniente, como prefere Gil (Ibid, p.105), aponta-se que “a presença do pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos observados, destruindo a espontaneidade dos mesmos e produzindo resultados pouco confiáveis”.

Para o trabalho com o grupo de familiares inicialmente foi utilizada a observação simples, por ser esta recomendada para os estudos qualitativos, sobretudo àqueles de caráter exploratório, sendo indicada ainda para o estudo das condutas mais manifestas das pessoas na vida social. Os registros foram realizados sob a forma de relatórios simples, elaborados logo após o término dos encontros, tendo em vista que se optou por não realizar anotações durante a realização das reuniões, para não comprometer o processo de observação.

Durante o processo de observação, o observador, mesmo identificado como tal, buscou não interferir na dinâmica do grupo, limitando-se a se apresentar no início das reuniões e a

participar dos rituais de encerramento (realização da oração da serenidade⁷¹), não se caracterizando, portanto um processo de observação participante.

Inicialmente pretendia-se adotar elementos da observação sistemática, o que implicava em estabelecer um plano de observação que antecipasse algumas categorias necessárias à análise da situação. Porém, devido à falta de um embasamento metodológico condizente, por parte do observador, esta idéia teve que ser abandonada, mantendo-se a utilização da técnica de observação simples.

A técnica da observação simples mesmo caracterizada como espontânea, informal, não planejada, também é colocada num plano científico, quando vai além da simples constatação dos fatos. Por isso, faz-se necessário um mínimo de controle quando da obtenção dos dados e a realização de uma análise e interpretação dos dados coletados, “o que lhe confere a sistematização e o controle requeridos dos procedimentos científicos” (GIL, 1994, p.106).

Na observação em tela teve-se o cuidado de realizar anotações logo após as reuniões, e após organizá-las no formato de relatório, que narrava os principais pontos apresentados na reunião. Apesar de apontar que o momento mais adequado para o registro é o da própria ocorrência, Gil (1994, p.107), reconhece que, em algumas situações, “é inconveniente tomar notas no local, pois com isso elementos significativos da situação podem ser perdidos pelo pesquisador, e a naturalidade da observação pode ser perturbada pela desconfiança das pessoas observadas”.

Além destes relatórios, também utilizamos as técnicas de entrevista informal (não-estruturada) e a aplicação de questionário com vistas a conhecer como se dá a atuação do Serviço Social com o grupo de familiares de pacientes *adictos*.

A técnica da entrevista consiste em se apresentar frente ao investigado e lhe formular perguntas, objetivando a obtenção dos dados que interessam à investigação, sendo muito utilizada no âmbito das ciências naturais e considerada por muitos autores como a técnica por excelência na investigação social (GIL, 1994).

A entrevista é uma técnica muito flexível, sendo identificados os mais diversos tipos, que podem ser classificados mediante diversos critérios, sendo, como aponta Gil (1994) o mais usual o que se refere ao seu grau de estruturação. Neste trabalho adotamos a utilização da entrevista informal, que é pouco estruturada e tem como objetivo básico a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado e a identificação de alguns aspectos da personalidade do

⁷¹ A tradição sugere as pessoas participantes dos grupos de ajuda mútua admitam a existência de um Poder Superior a elas mesmas, tal como cada um queira concebê-lo, por isso iniciam e encerram todas as suas reuniões proferindo a oração da serenidade. Essa oração foi extraída da oração homônima de autoria do teólogo Reinhold Niebuhr. Disponível em <www.grupomada.com.br/site/janela_literatura.php?lit=28> Acesso em: 25/11/2005.

entrevistado.

O questionário, por sua vez, é definido por Gil (1994, p. 124), como:

A técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

A técnica do questionário apresenta, como todas as técnicas, vantagens e desvantagens, porém, ponderando entre essas, optamos por utilizá-la, principalmente porque garante o anonimato das respostas, permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente e não expõe os pesquisados à influência das opiniões e do aspecto pessoal da entrevista, como aponta Gil (1994, p.125).

Na construção do questionário também seguimos as orientações de Gil (1994), no que se refere à forma, o conteúdo, a escolha, a formulação, o número e a ordem das perguntas. Na apresentação, que constitui segundo Gil (Ibid), na maioria dos casos, o mais importante estímulo para a obtenção de respostas, foram tomados cuidados especiais com relação a sua introdução, que trazia uma carta de apresentação (APÊNDICE A) com informações básicas como a identificação do observador, a origem e a razão do estudo e explicações sobre a relevância das respostas do consultado, bem como a garantia de seu anonimato.

Apresentadas as considerações metodológicas sobre o processo de coleta de dados passamos a analisá-los e a expor a atuação de um profissional do Serviço Social com famílias *adictas*.

3.3 Atuação Profissional com Famílias *Adictas* – Algumas Observações

O homem, como ser social, estabelece sua primeira rede de relação no momento em que vem ao mundo. A interação com a família confere-lhe o aprendizado e a socialização, que se estendem para outras redes sociais. É pela convivência com grupos e pessoas que se moldarão muitas características pessoais determinantes da sua identidade social.

Paulina Vieira Duarte

Durante o processo de observação foram produzidos quatorze relatórios. Apesar de não haver uma regra fixa para o ato de observar, como sinaliza Gil (1994), seguimos a sugestão do autor buscando nos relatórios descrever os sujeitos observados (Que

características tem? Quantos são? Como se relacionam? Que demandas trazem?), o cenário da observação e o comportamento social dos envolvidos no processo.

De maneira geral, o processo de observação buscou conhecer e acompanhar o trabalho do profissional do Serviço Social com um grupo de familiares de *adictos*, porém a cada observação estabelecia-se uma proposta que visava direcionar-lhe o foco pretendido.

Para levantamento dos aspectos observados, os relatórios foram sistematizados num quadro (APÊNDICE B). Este quadro sintetizou os principais aspectos observados referentes ao grupo e a atuação do assistente social, em seu papel de coordenador do grupo, bem como algumas considerações do observador.

O grupo observado apresenta características de um grupo operativo⁷² terapêutico aberto, sendo heterogêneo na sua formação e homogêneo quanto aos objetivos. Verificou-se neste grupo grande rotatividade, o que, aliás, é uma peculiaridade dos grupos abertos, que se renovam a todo o momento, seja pela inserção de novos indivíduos que iniciam o tratamento, ou pela saída de alguém, por processo de alta ou por desistência (MELO & FIGLIE, 2004).

A média de participação no grupo era de treze participantes por encontro, porém este número sofria grandes variações. Os participantes, em sua maioria, eram familiares dos pacientes em tratamento, mas também participavam amigos, colegas de trabalho e profissionais que acompanhavam o processo de tratamento (geralmente outros assistentes sociais, ligados a empresa empregadora do paciente).

Os participantes expressavam em suas falas muitas angústias e incertezas com relação ao processo que desencadeou a *adicação* e ao tratamento, verificando-se um processo de identificação entre os presentes. Esta identificação é analisada por Guimarães (2002, p. 168), observando que,

Ao formarem um grupo, os participantes estabelecem entre si novas relações, as quais passam a integrar o mundo interno de cada um, agindo e esperando reações a partir dessa mútua representação interna que os envolvem. Nesse contexto, torna-se muito importante a comunicação e o diálogo em torno dos desejos e anseios que conduzem à concretização das múltiplas tarefas que desafiam a existência do grupo (GUIMARÃES, 2002, p. 168).

A identificação proporcionada pelo grupo oferece meios para que o *adicto* e seus *co-dependentes* se percebam como partes integrantes do processo de adoecimento, identificando-

⁷² Os grupos operativos apresentam um conjunto limitado de pessoas (de dez a quinze participantes) ligadas por constantes de espaço e tempo, articuladas por mútua representação interna, interagindo por meio de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis, constituindo como finalidade a consecução de uma tarefa explícita ou implícita (PICHON, 1986 apud GUIMARÃES, 2002, P.167).

os, seja pelo sofrimento, pela experiência ou pelos anseios do outro, como parte de suas próprias histórias.

A sensação de pertencimento e de experiência compartilhada com pessoas “iguais” auxilia a criar saídas para o isolamento e a solidão, que são elementos de exclusão e discriminação, impactando na vida do *adicto* e de seus *co-dependentes*, imprimindo-lhes a sensação de serem únicos e isolados em seu sofrimento.

Nestas famílias, analisa Adamczyk (2002), impera uma falta de autoconfiança e descrença no *adicto*, em si mesmo e nos outros. Seus membros se desenvolvem dentro de um ambiente de desconfiança e medo. Num ambiente patológico que contamina seus membros e reflete nos ambientes da sociedade, freqüentados por estes (escola, trabalho, meio social, etc).

A família *adicta* está sedimentada na vergonha e seus membros muitas vezes deixam de fazer algo, como por exemplo, de participar de eventos sociais na escola e na comunidade temendo serem discriminados pela presença ou ausência do *adicto* (ADAMCZYK, 2002).

Neste sentido, a identidade proporcionada pelo grupo, irá servir de apoio para a construção de uma identidade própria, mais fortalecida e autêntica, pois a pessoa, no contexto grupal, encontra maior probabilidade de perceber a si mesma e ao outro, num processo que os especialistas chamam de “reação espelho”⁷³.

No contexto grupal, os vínculos estabelecidos tornam-se intencionais, e passam a ser definido por afinidades e interesses comuns, constituindo-se como um ponto em uma rede social de referência. A articulação de diferentes pontos da rede social (família, escola, amigos, colegas de trabalho, etc.) pode otimizar espaços de convivência positiva que favoreçam a troca de experiências na identificação de situações de risco pessoal e possíveis vulnerabilidades sociais (DUARTE, 2004).

O espaço grupal proporciona a origem de um novo contexto onde os participantes ao mesmo tempo em que trazem suas angústias, frustrações e sofrimentos, também se unem para minimizar ou superar estes sentimentos, “valendo-se das experiências acumuladas, da discussão de histórias de vida ou de discussões temáticas fomentadas pela coordenação” (GUIMARÃES, 2002, p.170).

No trabalho observado utiliza-se a técnica de prevenção a recaídas, na fase inicial do tratamento, onde predomina sentimentos ambivalentes e poucas condições de lidar com a angústia e frustração, o que aumenta o risco de retorno a *adicção*. O método cognitivo

⁷³ A “reação espelho” é descrita por Melo & Figlie (2004, p.361), como a possibilidade do participante poder “ver que aquilo que pensava ser peculiar a si é comum aos outros e aquilo que pensava ser comum é peculiar a si (...)”.

comportamental e a teoria sistêmica, descrita no primeiro capítulo deste trabalho, são utilizados como aliados nestas abordagens com as famílias.

A prevenção à recaída⁷⁴, segundo Melo & Figlie (2004, p.363), “deriva do enfoque cognitivo-comportamental, e tem sido um bom alicerce para o trabalho em dependência”. Esta abordagem considera “uma série de situações práticas que faziam parte do comportamento dependente e que, mesmo diante da abstinência, podem continuar presentes (...)” (Ibid), e que precisam ser trabalhadas com vistas a desenvolverem habilidades comportamentais que proporcionem a modificação do “estilo de vida”. As estratégias de prevenção são trabalhadas pelos membros do grupo, que compartilham idéias sobre como consolidar a sobriedade e evitar a recaída.

O tratamento cognitivo aborda os determinantes do processo *adictivo*,

incluindo os antecedentes situacionais e ambientais, crenças e expectativas, história familiar individual e experiências anteriores com substância psicoativa, atividades que envolvem o consumo e as conseqüências do hábito (MELO & FIGLIE, 2004 p. 362).

Esta abordagem implica em mudança de comportamento através do aprendizado de atitudes mais adaptadas.

Esta perspectiva de adaptação é característica das teorias positivistas que tendem a regulação, divergentes das teorias materialistas (histórico-dialéticas) que apresentam uma perspectiva de mudança, atuando na articulação, com vistas à superação do problema através de uma leitura da totalidade (realidade), o que implica em compreender a conjuntura e estrutura da sociedade em cada momento sócio-histórico. Porém, tão importante quanto o referencial teórico é o preparo do profissional, tanto técnico como pessoal para flexibilizar alternativas para as diversas demandas.

O coordenador de um grupo terapêutico, como recomenda Melo & Figlie (2004) deve apresentar como requisitos básicos à maturidade, o equilíbrio, a seriedade, conhecimento da dinâmica das *adichões*, dos processos grupais e das técnicas para sua abordagem. Estes requisitos, aliada a uma leitura crítica e fundamentada da realidade, garantem ao profissional do Serviço Social um espaço privilegiado nas equipes de trabalho em saúde mental.

Especificamente na coordenação do grupo observado, a assistente social demonstra possuir competências para desenvolver o trabalho com o grupo, onde considera, além do perfil dos participantes, os objetivos a serem trabalhados. Sua atuação é marcada por intermediações oportunas e orientações sobre o processo de adoecimento e tratamento. Pode-

⁷⁴ A recaída é descrita por Marlatt (1993 apud KAWALL, 2003, p.22), como um “colapso ou revés na tentativa de uma pessoa para mudar ou modificar qualquer comportamento alvo”.

se observar no desenvolvimento do seu trabalho uma articulação com outras redes de atendimento, visando buscar alternativas para a continuidade do tratamento.

Com relação à equipe técnica, segundo relatos da assistente social, há um bom nível de apoio às ações desenvolvidas com o grupo que é coordenado por ela. Ressalta ainda que bagagem teórica sobre o processo de *adição* e sua especialização em terapia de casais e de famílias foram fundamentais para sua inserção na equipe da clínica, pois lhe proporcionam um bom manejo com os grupos.

Nos encontros com o grupo a coordenadora relatava a ocorrência de reuniões diárias com toda a equipe técnica da clínica. Nestas reuniões, segundo ela, ocorrem as trocas entre os diversos profissionais que compõe a equipe de trabalho visando somar contribuições para o diagnóstico⁷⁵ e recuperação do paciente, sendo porém evidenciando, através de algumas situações apresentadas ao grupo, que há um predomínio das especialidades médicas nas decisões sobre o processo de tratamento.

Sobre a importância da ação em equipe, Melo & Figlie (2004, p. 371) trazem que:

É comum o cliente ser atendido por vários profissionais da instituição, como médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, com o intuito de atenderem as suas demandas. Quando a equipe que cuida do cliente trabalha em conjunto, maiores são as possibilidades de evolução do tratamento. Podem ser constantemente discutidas, sob a óptica de várias áreas, questões como diagnóstico, prognóstico, encaminhamentos, evolução do tratamento, mudanças de estratégia necessárias, entre outros aspectos que potencializam a capacidade de assertividade.

Reconhecendo a importância do trabalho em equipe, buscamos conhecer melhor a relação existente entre os diversos profissionais que atuam na clínica e a visão que estes tem do trabalho realizado pela assistente social. Para atender a este objetivo elaboramos um questionário específico para este fim (APÊNDICE C), contendo duas questões. A primeira questão era objetiva e fechada e buscava identificar a área de atuação do profissional na equipe técnica (Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, profissionais técnicos, administrativos e de apoio).

A segunda questão era aberta e buscava captar a percepção dos diversos profissionais que compõe a equipe de trabalho da clínica, a respeito da principal contribuição do profissional do Serviço Social para o diagnóstico e tratamento das *adições*.

A distribuição dos questionários para a equipe e recolhimento dos mesmos ficou a

⁷⁵ Esta situação nos remete ao que foi apresentado no segundo capítulo sobre a atuação do Serviço Social nas clínicas de orientação, onde este profissional elaborava um diagnóstico que era posteriormente apresentado para discussão nas reuniões de equipe.

critério da assistente social da clínica, porém os retornos (quanto à diversidade dos profissionais envolvidos) ficaram bem aquém de nossa expectativa. Dos dez questionários entregues, houve quatro retornos, sendo três do setor administrativo e um do setor de enfermagem. Não foram oferecidos questionários aos profissionais da área médica, nem da psicologia.

Os que responderam o item do questionário que pedia a percepção sobre a principal contribuição do profissional do Serviço Social para o diagnóstico e tratamento da *adição*, destacaram o papel de articulador do profissional Serviço Social:

*“O trabalho do profissional do serviço Social tende a fazer a **interação** do paciente com o mundo lá fora e a sua própria família [...] **ajudando** o mesmo a buscar soluções para lidar com suas dificuldades”* (grifos nossos).

*“O contato do profissional do Serviço Social com familiares do paciente é **fundamental para o entendimento** bem como para o diagnóstico e tratamento dos pacientes com dependência química”* (grifos nossos).

“Após a entrevista de família realizada pelo Serviço Social fica mais fácil entender alguns comportamentos e atitudes do paciente”.

Estes pontos reforçam a importância atribuída ao profissional do Serviço Social nesta equipe, onde atua como “potencializador de mediações⁷⁶”, agindo num campo onde as forças estão em embate (paciente x família; paciente x meio social; paciente x tratamento), buscando soluções objetivas para estas demandas.

Assim como foi feito com a equipe técnica, também foram aplicados alguns questionários (APÊNDICE D) com as famílias, objetivando evidenciar alguns aspectos que julgamos essenciais para se conhecer o trabalho realizado.

A opção por complementar o processo de observação com a aplicação de questionários é recomendada por Gil (1994), que atribui a esta técnica relevada importância para a obtenção de dados específicos.

Para o grupo de famílias foram apresentadas seis questões, cinco objetivas fechadas e uma questão aberta. As questões objetivas buscavam identificar qual o membro da família era envolvido no tratamento através do grupo, qual a situação do paciente com relação ao tratamento (internado ou não, em sobriedade ou em recaída, etc.) qual a frequência deste nas reuniões, o que o motivava a participar deste grupo, e qual contribuição este grupo oferecia para o familiar participante. A questão aberta buscava captar a percepção dos familiares que participavam do grupo com relação à contribuição do profissional do Serviço Social no trabalho desenvolvido com este grupo.

⁷⁶ Citando Pontes (1997).

A idéia de aplicar os questionários foi comunicada ao grupo na reunião do dia 04/10/2006. Os questionários foram elaborados pela observadora e aprovados pela assistente social que coordena o grupo. Não foi realizado pré-teste. Os questionários foram entregues na reunião do dia 11/10/2006, após explicação verbal realizada pela observadora, além disso, todos os questionários foram acompanhados de uma carta de apresentação que explicava os objetivos da aplicação destes. Neste dia foram distribuídos seis questionários, um por família, que puderam levá-los para preenchimento e posterior devolução (marcada para a próxima reunião do grupo⁷⁷). Do total de dez questionários entregues as famílias, houve sete retornos, contabilizando setenta por cento de retorno.

Passamos a seguir a realizar uma breve análise dos resultados obtidos na tabulação dos dados dos questionários aplicados às famílias com relação aos objetivos inicialmente propostos (evidenciar aspectos do grupo, do trabalho em equipe e da atuação do assistente social).

A primeira questão feita às famílias visava identificar qual era o membro da família envolvido no tratamento. Verificou-se que, entre os que responderam ao questionário, as mães representaram 44,44% dos participantes os cônjuges 33,33% e os pais 22,22% (observando que os pais que responderam o questionário o fizeram em conjunto com suas esposas).

Este dado (predomínio da presença das mães) foi verificado também no processo de observação e é analisado por profissionais das áreas “psi”, que assim caracterizam o que denominam de famílias *pré-adictivas*:

As famílias chamadas *pré-adictivas* são famílias nas quais a estrutura é frágil, e tanto o pai como a mãe não conseguem exercer seus papéis de forma adequada, sendo pessoas com uma fragilidade que as impede de fazer frente ao filho [...] (FREITAS, 2001, p. 42).

Nestas famílias, os pais (figura masculina), na maioria dos casos, “são homens passivos, que se deixam dominar e mantêm grande distância com relação às esposas”. Já as mães são caracterizadas como “mulheres exigentes e controladoras, que necessitam e mantêm fortes relações simbióticas com seus filhos. Não fazem objeção ao distanciamento do marido, desde que este lhes permita um controle total sobre os filhos” (FREITAS, 2001, p. 42-43). Em geral, apontam os profissionais das áreas “psi”, a decisão de enviar o filho para tratamento é deixada nas mãos da mãe.

⁷⁷ Na reunião seguinte (18/10/2006) foram devolvidos três dos seis formulários entregues às famílias, os outros três alegaram esquecimento e se comprometeram em devolver na próxima semana. Neste dia foram distribuídos mais quatro formulários, totalizando dez formulários entregues. Não houve deste dia devolução dos formulários da equipe técnica.

No entanto, este é um dado que merece um aprofundamento maior e uma análise que inclua uma visão mais contextualizada, pois as características atribuídas aos indivíduos, bem como os papéis maternos e paternos, são construções sociais e, portanto, analisá-las implica em observar as determinantes sociais envolvidas, visto que a estrutura familiar e seu padrão de interação têm se alterado consideravelmente nas últimas décadas, como verificado no primeiro capítulo deste trabalho.

Esta visão contextualizada é levada para a equipe pelo assistente social, porém, segundo foi relatado pela coordenadora do grupo, nos encontros com este e nas entrevistas informais, ainda há dificuldades em passar esta visão para a equipe, pois as abordagens tendem a ficar restritas ao âmbito da doença, o que causa algumas discordâncias com relação aos encaminhamentos sobre o tratamento.

Com relação à situação atual do paciente verifica-se que a maioria (85,71%) dos familiares está vivenciando a primeira internação nesta clínica e tem como principal motivação à recuperação do paciente (100%). Como principal contribuição do grupo para o familiar, 54,55% apontou que “esclarece dúvidas sobre o tratamento (espaço de trocas)”, 27,27% que “ameniza sentimentos ruins (culpa, impotência, etc.)” e 18,18% apontam que “fornece orientações sobre o paciente (seu tratamento)”.

Os dados apresentados acima evidenciam a contribuição do profissional do Serviço Social para este grupo, pois a visão de totalidade, estimulada na sua formação acadêmica, o capacita a relacionar os problemas advindos com o processo de adoecimento a fatores mais amplos, como as influências de uma sociedade que estimula o consumo (de álcool, tabaco, drogas e outros objetos de maneira geral) como apontávamos no primeiro capítulo deste trabalho, e que depois renega estes consumidores, procurando mantê-los a sua margem.

Entendendo estes processos os familiares passam a se sentirem menos culpados, já que a culpa é um elemento forte neste meio, e começam a entender que o processo de adoecimento envolve muitos fatores e que a doença representa apenas uma manifestação de um processo muito mais amplo e complexo.

A questão aberta que buscava captar a percepção dos familiares que participavam do grupo com relação à contribuição do profissional do Serviço Social no trabalho desenvolvido com este grupo, trouxe alguns elementos para a análise.

O papel de orientador, atribuído ao coordenador do grupo, foi destacado em quase todas as falas:

“Contribuição nas palavras amigas, que o Serviço Social fornece, na orientação como tratar o paciente” (mãe de paciente I).

“A contribuição do profissional é bom e até necessário, pois em conjunto podemos sentir outros casos que também servem para nossa orientação como pais e familiares” (pai de paciente).

“É de grande valia, pois sem o conhecimento desses profissionais [assistentes sociais] não saberíamos como lidar com o problema” (Mãe de paciente II).

“A contribuição do profissional em Serviço Social é orientar as famílias de como agir quando o paciente está em tratamento e quando este paciente está fora do tratamento” (Mãe de paciente III).

“Contribui para o conhecimento emocional da família e para o aprendizado em lidar com a doença” (Cônjuge de paciente I).

“É muito importante o grupo [ser] orientado pela assistente social, pois ajuda a gente se socializar com outros familiares” (Cônjuge de paciente II).

“Sobre a orientação das pessoas profissionais, nestes casos é a melhor forma (...), pois muitas vezes não sabemos como proceder com estas doenças” (Cônjuge de paciente III).

No trabalho de orientação o coordenador (assistente social) destaca aspectos importantes para a abordagem das famílias, discutindo os pré-conceitos que aparecem em relação ao processo de *adição*, buscando a melhoria da qualidade das relações interpessoais e criando uma real estrutura de suporte ao paciente e a sua família, auxiliando na reabilitação dos envolvidos no processo *adictivo*.

A orientação faz parte das competências atribuídas legalmente ao assistente social pela Lei 8662/93, que traz em seu Art. 4º, item III, a competência de “encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população”. Esta Lei é ainda orientada pelo Código de Ética da profissão (Resolução CFESS 273/93), que em seu Art. 5º relaciona alguns deveres do assistente social nas suas relações com os usuários

- a) contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;
- b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste Código;
- c) democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários;
- d) devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses;
- e) informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro áudio-

- visual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos;
- f) fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional.
 - g) Contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados;
 - h) Esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional.

No trabalho observado, verifica-se que o espaço do grupo proporciona o desenvolvimento de ações compatíveis com as atribuições e competências dos profissionais do Serviço Social, porém é a formação terapêutica que dá densidade e suporte as ações específicas do Serviço Social, no trabalho observado.

As respostas dos familiares ao questionário também evidenciaram outros aspectos observados durante as reuniões do grupo, destacando as angústias e frustrações em relação à recuperação do paciente.

“Chegamos no grupo com medo, desconfiados, até mesmo pensando que não vai ajudar, no entanto, saímos de lá fortalecidos, confiantes, que através da coordenadora do grupo, crescemos muito, para poder lidar com o paciente” (Mãe de paciente I).

“O Serviço Social é importante porque conforta, orienta, sugere e dá forças para quem é da família e se sente desanimada, revoltada e impotente” (Cônjuge de paciente II).

Geralmente, no início do tratamento, os participantes chegam ansiosos, receosos do que vão encontrar, de como serão recebidas, sentem-se intimidados com a exposição a que irão ser submetidos e, na maioria das vezes, tendem a apresentar sentimentos ambíguos e insegurança quanto ao que pensam e desejam. Para vencer estas barreiras iniciais é realizado um contato prévio, individual, no momento da entrevista familiar, que ocorre sempre que possível após a internação.

“Utilizando os instrumentais técnicos do Serviço Social na prática do trabalho com familiares de alcoolistas e de outras adições, buscamos inicialmente estabelecer um vínculo de confiabilidade, esclarecendo e sanando dúvidas à respeito do processo de adoecimento. Posteriormente, iniciamos o processo de investigação que deve ser o mais detalhado possível” (Fala da assistente social que coordena o grupo).

Como considerações gerais a respeito das observações realizadas destacamos a realização de rituais, que são características dos grupos de ajuda mútua, como a ordem e

controle dos tempos das falas, os retornos, o acolhimento inicial com a identificação pessoal de cada membro e o encerramento com a oração da serenidade. Os sintomas de co-dependência, descritos no primeiro capítulo deste trabalho, também foram evidenciados em alguns participantes, assim como a necessidade de falar (que em alguns momentos era dissimulada).

Um destaque especial, no entanto, merece o seminário organizado para falar de prevenção a recaídas. Este seminário se constitui num diferencial em relação a outras experiências e é realizado anualmente trazendo muitas vivências, além de demonstrar o alto grau de comprometimento daqueles que aderem ao tratamento. A assistente social é grande incentivadora deste evento que é totalmente organizado e coordenado por pacientes. Nos depoimentos dados, verifica-se a importância que se dá ao trabalho realizado por esta profissional, especialmente no sentido de possibilitar a ampliação dos espaços para participação.

No espaço observado verificou-se que a atuação profissional comporta funções de competência do assistente social, e que os conhecimentos buscados na teoria familiar, vêm acrescentar novos elementos para a abordagem das famílias no contexto grupal, instrumentalizando este profissional no manejo dos conflitos que possam surgir durante os processos de trocas. Verificou-se também que a busca por saberes específicos (como *adição* e *co-dependência*, por exemplo) habilitam o profissional do Serviço Social a desenvolver suas competências próprias, a partir de uma visão mais ampla das demandas apresentadas pelos familiares dos *adictos*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução deste trabalho colocávamos que era nossa intenção contribuir para a reflexão sobre a atuação do profissional do Serviço Social nas equipes de saúde mental, que têm sido formadas para atender tanto a exigências legais como conjunturais.

Com relação às exigências legais, destacamos o ato do Conselho Nacional de Saúde – (CNS) que, através da sua Resolução nº 287/98, relacionou algumas profissões, reconhecendo-as como da área de saúde, ampliando as possibilidades profissionais nesta área.

As reformas ocorridas no âmbito da saúde, também devem ser consideradas, como os avanços no texto constitucional e na lei que regulamentou este texto (Lei 8080/90), fazendo com que se atue numa perspectiva mais ampliada para esta área, possibilitando a formação de equipes multidisciplinares.

As questões conjunturais dizem respeito ao momento atual e são resultantes de uma série de aspectos, como por exemplo, as reformas que vêm ocorrendo no âmbito do mercado de trabalho, tanto na esfera pública como privada, por conta de direcionamentos políticos e econômicos que tanto criam novos espaços para atuação profissional, como precarizam as condições e relações de trabalho nestes espaços.

Com primeiro objetivo estabelecemos apresentar o tema da *co-dependência* e sua relação com famílias *adictas*, visando compreender melhor este processo e conhecer seus principais aspectos, tendo verificado no desenvolvimento deste capítulo que estes aspectos comportam forte identificação com o trabalho dos assistentes sociais ao longo de sua trajetória profissional.

Por exemplo, os sintomas que são descritos como “sintomas *co-dependentes*” são os mesmos sintomas apresentados pelas famílias que tem dificuldades em trabalhar com seus membros sintomáticos, e que historicamente têm sido acompanhadas pelo profissional do Serviço Social. A diferença está no atual contexto social em que ocorrem estes sintomas, pois mais do que uma denominação própria utilizada para agrupar todos os sintomas em torno de apenas um conceito, existe a necessidade de se entender este contexto e seus reflexos na vulnerável estrutura familiar.

É importante que se tenha claro os limites do Serviço Social, reconhecendo que é importante conhecer todos os aspectos envolvidos no processo de *co-dependência* (físicos, mentais, emocionais, etc.), porém o foco deve ser os aspectos sociais, pois é neste ponto, principalmente, que se situa a atuação deste profissional.

O segundo objetivo visava identificar, na trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, a inserção de seus profissionais nas equipes de saúde mental. Na trajetória apresentada, revelou-se como foi sendo forjada a identidade profissional, suas origens ligadas ao pensamento humanista cristão, que depois foi secularizado e renovado pelo pensamento conservador europeu (frango-belga), e que mais adiante (1940) incorporou a herança das ciências humanas e sociais, principalmente na sua vertente empirista norte-americana e que na década de 70 reconceitua-se e inicia uma aproximação com o marxismo⁷⁸.

Este resgate serviu para compreender que as respostas que a profissão dá a sua demanda são influenciadas pelas características que foram sendo incorporadas pela profissão em sua trajetória histórica e que lhe atribuem um perfil peculiar enquanto inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho.

Este perfil se fundamenta numa perspectiva dinâmica que acompanha o desenvolvimento social e científico e que atribui aos profissionais do Serviço Social saberes, competências, métodos e técnicas de intervenção específicas, decorrentes da sua qualificação acadêmica e inerentes ao seu desempenho profissional, que lhe permite conceber, planejar, organizar recursos e prestar cuidados ao nível psicossocial, relacional e cultural, no sentido de fortalecer os usuários de seus serviços.

O terceiro e último objetivo propunha expor uma experiência de atuação do profissional do Serviço Social com famílias *adictas*. Experiência esta que foi apresentada no terceiro capítulo, onde todos os aspectos anteriormente levantados foram sintetizados.

No trabalho observado pudemos presenciar a atuação com um outro tipo de clientela, que não os segmentos pauperizados⁷⁹, mas os vulnerabilizados pela presença da *adicção* em seu meio familiar e que sofrem os diversos tipos de preconceitos estabelecidos dentro de uma sociedade *adictiva*.

Especificamente este processo de observação da atuação profissional ocorreu na esfera privada, onde se verificou que há a exigência de uma formação mais generalista ao profissional do Serviço Social, implicando em se apropriar dos saberes e técnicas de outras áreas. Em contrapartida a instituição oferece ao profissional um *status* diferenciado, atribuindo-lhe o título de doutor e possibilitando, além do trabalho com grupos, um atendimento a nível mais clínico.

⁷⁸ Como apontávamos no texto do segundo capítulo esta aproximação foi mais forte dentro da academia.

⁷⁹ Como bem nos lembra Iamamoto (1997, p.154), “embora não se questione o cruzamento histórico da profissão com o que genericamente pode ser qualificado como pobreza, é no mínimo discutível a sua atuação exclusivamente neste ‘círculo’”.

A especialização em terapia familiar, conforme foi apontado também na pesquisa documental, tem sido uma opção de alguns assistentes sociais que buscam dar densidade e suporte ao seu fazer profissional. Embora esta busca tenha, como apontamos anteriormente, implicado em desafiar barreiras, tanto internas como externas a profissão.

Internamente destacamos a histórica resistência as práticas “alternativas”, que parecem remeter a uma prática profissional “fora” do mercado de trabalho, ou “clandestina”, como aponta Iamamoto (1997), pela indefinição que estas práticas acabam dando a especificidade profissional. E externamente apontamos os corporativismos profissionais, que também podem impor barreiras, pois o trabalho em equipe, muitas vezes, implica em conciliar egos, especialmente quando este trabalho envolve profissionais que tradicionalmente tiveram seus saberes quase que sob domínio exclusivo.

O tema da saúde mental, por exemplo, tradicionalmente relacionado à assistência psiquiátrica, tem quase que unanimemente sido atribuído a problemas exclusivos da competência médica, relevando os demais profissionais, que passam a comporem estas equipes, a qualidade de técnicos subordinados, ou paramédicos, como assinala Bisneto (2005).

No entanto, acreditamos ser salutar esta busca por outros saberes, esta ampliação dos conhecimentos, no sentido de se conhecer a sociologia (o que cada um entende por “social”) e a história crítica das outras áreas de conhecimentos que compõe a equipe. Pois esta aproximação, quando bem direcionada, proporciona uma conexão entre a intervenção e a totalidade das relações sociais que afetam o objeto desta intervenção.

Mesmo sendo utópico, esta idéia de aproximação, poderia ser trabalhada numa perspectiva de transdisciplinaridade, no âmbito do campo teórico, possibilitando a criação de um novo campo de saber, que para Vasconcelos (2002), ampliaria e flexibilizaria as divisões convencionais das especialidades, além de democratizar as relações de poder entre estas.

Neste sentido, entendemos que o profissional que busca se qualificar e ampliar seus conhecimentos, sem perder de vista o seu compromisso com o projeto ético-político da categoria, tem vencido barreiras e aberto novas possibilidades para seus pares, dando visibilidade à profissão e garantido a sobrevivência profissional, sem desqualificá-la, apenas moldando-a as exigências de uma outra conjuntura histórica.

No espaço observado o profissional do Serviço Social demonstrou atuar na perspectiva da oferta da qualidade⁸⁰ dos serviços oferecidos e o domínio dos saberes de outras áreas,

⁸⁰ Aqui não queremos dizer que a qualidade dos serviços seja de exclusividade dos espaços privados, pois em qualquer âmbito a qualidade deve ser buscada, porém evidencia-se que no espaço público há uma preocupação

buscados na especialização em terapia familiar e no mestrado em dependência química, lhe proporcionam um diferencial e um reconhecimento perante os outros profissionais das diversas áreas que compõe a equipe de trabalho. Este profissional buscou, através do redimensionamento de suas funções, apresentar uma “nova qualidade” a sua intervenção, que se manifesta por intermédio de sua competência teórica.

Esta “nova qualidade”, no entanto, só se mantêm com a garantia de uma discussão teórica condizente, que contemple um dos grandes impasses da profissão que é a dicotomia existente na relação teoria/prática. Discussão esta que, na perspectiva de Miotto (1997), ainda é incipiente, pois revela a existência de uma lacuna com relação ao modo de ler, de interpretar e de se relacionar com o ser social, que remete a questões de ordem teórico-metodológicas.

A busca por outros fóruns de formação e discussão sobre a família, como no exemplo verificado, reflete bem esta lacuna citada por Miotto (1997), que não critica estas iniciativas, uma vez que estas têm contribuído para o estudo e intervenção na família, como apresentado, mas enfatiza que estas são decorrentes da falta de investimentos em pesquisas nesta área dentro do âmbito do Serviço Social.

Reforçamos que não possa haver fronteiras nem domínios sobre os saberes, mas é necessário que estes não sejam mecanicamente importados de uma categoria profissional para outra. Neste sentido, o exercício crítico é fundamental, bem como direcionamento em relação ao compromisso ético-político, que como sugere Iamamoto (1997), implica na necessidade de se ter um ponto de vista de classe na análise e no exercício da profissão nessa sociedade, estabelecendo uma matriz de explicação da vida social e dispondo de um acervo heurístico para ler a sociedade e para iluminar a ação nessa sociedade.

Neste sentido apontamos como sugestão que esta discussão seja retomada, especialmente pela academia e pelas entidades representativas da categoria, de uma forma geral, para que se incorpore uma discussão original que venha contribuir com o trabalho em equipe e com as questões relativas a novas temáticas, como por exemplo, a *co-dependência* presente nas famílias *adictas*, levando este debate para o campo de atuação⁸¹ dando-lhe densidade e sustentação na bagagem teórico-metodológica recebida na formação acadêmica.

primeira pelo acesso aos serviços e depois pela qualidade. Já no espaço privado o acesso já está delimitado aos que podem pagar e o foco acaba recaindo sobre a qualidade dos serviços oferecidos.

⁸¹ Um excelente caminho para esta prática seria uma maior aproximação com os campos de estágio.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia** [trad. coord. e rev. por Alfredo Bosi, com colaboração de Maurice Cunio...et al] 2. ed. – São Paulo: Mestre Jou, 1982.

ADAMCZYK, Jaira Freixeila. **Drogadependencia** – Reflexiones a respecto de prevención resiliente. Tese de Mestrado – Universidade del Salvador – Instituto de Drogadependencia. Buenos Aires: ID – USAL, março/ 2002.

BEATTIE, Melody. **Co-dependência nunca mais**: Pare de controlar os outros e cuide de si mesmo. Rio de Janeiro: Record, 1997.

_____. **Para além da co-dependência**. Trad. Marília Braga. 2. ed. – Rio de Janeiro: Record, 2002.

_____. **Ouçá o seu coração**. Trad. Eliane Fraga. – Rio de Janeiro: Record, 2003.

BERNARDO, Maria Heloísa. **Co-dependência**: A doença da família. In: Revista MIND. São Paulo: Centro de Tratamento Bezerra de Menezes, ano III, n. 20, nov/dez, 1998.

BISNETO, José Augusto. **Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental**. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, ano 26, n. 82, jul, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza [...et al] (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CARBONE, Adriana. **Terapia familiar sistêmica**: Breve histórico – origem e desenvolvimento da terapia familiar. In: Revista Catharsis. Disponível em: <www.revistapsicologia.com.br> Acesso em: 08/03/2006.

CO-DEPENDENTES ANÔNIMOS – Grupo CoDA. Disponível em: <www.codabrasil.org>. Acesso em 27/05/2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993a.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993b.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Serviço Social e abordagens terapêuticas**: reflexões e desafios. Disponível em <www.cress-sp.org.br> Acesso em 08/03/2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Usuários de substâncias psicoativas:** Abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. – São Paulo: CREMESP/AMB, 2003 (vários colaboradores – coord. Ronaldo Laranjeiras ... et al).

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.

CURY, Augusto Jorge. **A pior prisão do mundo:** Superando o cárcere da emoção. 6 ed. – São Paulo: Academia de Inteligência, 2000.

DAMATTA, Roberto. **Os discursos sobre violência no Brasil.** In: ZALUAR, Alba (org.). **Conta de mentiroso:** Sete ensaios de antropologia brasileira. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

DUARTE, Paulina Vieira. **Redes Sociais.** In: Atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas. Módulo III – **Atuando na comunidade:** Construindo redes de desafios. Curso à distância – UFSC/SENAD – 2004.

FERREIRA, Fernanda. **A história da saúde mental no Brasil:** Do isolamento à reinserção social. Trabalho de Conclusão de Curso – DSS – UFSC, 2004.

FORWARD, Susan; BUCK, Craig. **Pais tóxicos:** Como superar a interferência sufocante e recuperar a liberdade de viver. Trad. Rose Nânie Pizzinga. – Rio de Janeiro: Rocco, 1990.

FREITAS, Luiz Alberto Pinheiro de. **Adolescência, família e drogas:** A função paterna e a questão dos limites. Tese de Mestrado. Buenos Aires, ID – USAL, 2001.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. – São Paulo: Atlas, 1994.

GOHN, Maria da Glória. **História dos movimentos e lutas sociais.** São Paulo: Loyola, 1995.

GONÇALVES, Lúcia Maria S. Rodrigues. **Saúde mental e trabalho social.** São Paulo: Cortez, 1983.

GUIMARÃES, Rosamélia. **Famílias:** uma experiência em grupo. In: Serviço Social & Sociedade. Ed. Especial – São Paulo: Cortez, ano 23, n. 71, 2002.

HEMFELT, Roberto. et al. **O amor é uma escolha:** Recuperação para relacionamentos codependentes – Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

HOUAISS, Antonio. VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela **Renovação e conservadorismo no Serviço Social** – Ensaios críticos. 4. ed. – São Paulo: Cortez, 1997.

JESUS, Cristiane da Silva; ROSA, Karla Terezinha; PRAZERES, Greicy Gandra Soares. **Metodologia de atendimento à família: o fazer do assistente social.** In: Revista Maringá, v.26, n.1, p.61-70, 2004. Disponível em <www.ppg.uem.br/.../Saude/2004> Acesso em 12/12/2005.

KALINA, Eduardo. **Clínica e terapêutica de adições.** Trad. Francisco Franke Settineri – Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

KAWALL, Beatriz Gonçalves. **A contribuição do assistente social no processo de prevenção do uso, manutenção da abstinência e prevenção da recaída do dependente químico.** Trabalho de Conclusão de Curso – DSS – UFSC, Fevereiro/2003.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **A intervenção profissional do Serviço Social: Propondo o debate sobre ações sócio-educativas.** Trabalho de Conclusão de Curso – DSS – UFSC, 2003.

MELLODY, Pia. et al. **Enfrentando a co-dependência afetiva: o que é, como surge, como prejudica nossas vidas.** Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1995.

MELO, Denise Getúlio de.; FIGLIE, Neliana Buzi. **Psicoterapia de grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química.** In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Roca, 2004.

MINUCHIN, Salvador. **Um modelo familiar.** In: MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e Serviço Social.** In: Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 55, 1997.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** São Paulo: Cortez, 1995.

MULHERES QUE AMAM DEMAIS ANÔNIMAS – Grupo MADA. Disponível em <www.grupomada.com.br/site/janela_literatura.php?lit=28> Acesso em: 25/11/2005.

NAKKEN, Craig. **A personalidade adictiva: Raízes, rituais e recuperação.** Sintra (Portugal): ATT, 1996.

NEDER, Gizlene. **Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil.** In: KALOUSTIAN, S.M. (org.). **Família brasileira: a base de tudo.** 4 ed. – São Paulo: UNICEF/Cortez, 2000.

NERY Fº, Antônio; MARQUES; Ana Cecília Petta Roselli. **A droga na sociedade.** In: Atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas. Módulo I – Conceitos e informações básicas sobre drogas. Curso à distância – UFSC/SENAD – 2004.

NETTO, José Paulo. **O movimento de reconceituação:** 40 anos depois. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, ano 26, n. 84, nov.2005.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Serviço Social na área da saúde.** In: Cartilha do Conselho Regional de Serviço Social – **Desigualdades se combate com direitos** – Defesa de direitos. Florianópolis: CRESS-SC, gestão 2005/2007.

OLIVEIRA, Heloisa Maria José de. **Assistência social:** Do discurso do Estado à prática do Serviço Social. 2. ed. rev. – Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. **Do ajustamento à intervenção da cidadania:** Serviço Social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.)... et al. **Saúde mental e Serviço Social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2 ed. rev. – São Paulo: Cortez, 2002.

PEREIRA, Alice Dolor. **Possibilidades e limites do Serviço Social na CASAN/ARFL:** atendimento aos familiares de funcionários com problemas relacionados ao abuso de drogas. Trabalho de Conclusão de Curso – DSS – UFSC, 2004.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social:** Um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social. 2 ed. rev. – São Paulo: Cortez, 1997.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Alexandre de Moraes (Org.). 20. ed. – São Paulo: Atlas, 2003.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em <www.rebidia.org.br/noticias/saude/rede8111.html> Acesso em 06/09/2005.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas.** – Brasília: SNAS, DPS, CORSAM, 1991.

ROMERO, Mariza. **Medicalização da Saúde e exclusão social.** São Paulo: EDUSC, 2002.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Os saberes construídos sobre família na área da saúde.** In: Serviço Social & Sociedade. Ed. Especial – São Paulo: Cortez, ano 23, n. 71, 2002.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Um guia para a família.** – Brasília: Presidência da República – Gabinete de Segurança Institucional – SENAD, 2004.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social.** 3.ed. – Florianópolis: Editora da UFSC; São Paulo: Cortez, 2004.

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas.** Trad. Paulo Henriques Britto. – São Paulo: Companhia da Letras, 1989.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora.** Trad. Márcio Ramalho. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. (coleção tendências, v. n. 6).

TONET, Ivo. **O pluralismo metodológico: um falso caminho.** In: Serviço Social e Sociedade – São Paulo: Cortez, ano 16, n. 48, ago, 1995.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.)... et al. **Saúde mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2 ed. rev. – São Paulo: Cortez, 2002.

VESPUCCI, Emanuel Ferraz; VESPUCCI, Ricardo. **O revólver que sempre dispara: Os dependentes de drogas e os caminhos da recuperação, numa abordagem clínica.** São Paulo: Editora Casa Amarela, 1999.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Wernewck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas.** Rio de Janeiro: REVAN, 1998.

WILLIAMS, Terence. HAROLD, A. Swift. **Livres para amar: Recuperação para toda a família.** Ed. rev. – Portugal: ATT, 1997.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Mód. 4. – Brasília: CEAD/UNB, 2000.

ZAMPIERI, Maria Aparecida Junqueira. **Codependência: O transtorno e a intervenção em rede.** – São Paulo: Agora, 2004.

ANEXOS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 287 DE 08 DE OUTUBRO DE 1998

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando que:

- a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social;
- a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;
- a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde, e
- o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção.

RESOLVE:

I – Relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho:

1. Assistentes Sociais;
2. Biólogos;
3. Biomédicos;
4. Profissionais de Educação Física;
5. Enfermeiros;
6. Farmacêuticos;
7. Fisioterapeutas;
8. Fonoaudiólogos;
9. Médicos;
10. Médicos Veterinários;
11. Nutricionistas;
12. Odontólogos;
13. Psicólogos; e
14. Terapeutas Ocupacionais.

II - Com referência aos itens 1, 2, 3 e 10, a caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais e aos Conselhos de Classe dessas categorias.

INÊS FERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ANEXO B – SINAIS E SINTOMAS CO-DEPENDENTES

OBSERVANDO OS SINAIS DA CO-DEPENDENCIA¹

Maria Heloisa Bernardo²

Existe uma série de sinais e sintomas próprios da co-dependência que podem ser percebidos de forma muito clara. Dentre eles relacionaremos aqueles mais comuns e perceptíveis:

- Habitualmente a rotina diária da família é interrompida devido às situações criadas pelo dependente.
- Os familiares mais próximos deixam de cuidar da aparência pessoal, passando a se preocupar sempre com os outros, desconsiderando as suas próprias necessidades. Surgem problemas de comportamento, principalmente entre as crianças.
- Crescem as dificuldades para lidar com prioridades. Ao invés de agir, o cônjuge reage às situações da vida.
- O co-dependente torna-se progressivamente incapaz de tomar decisões relacionadas à vida diária, experimentando episódios em que se sente levado a fazer mais de tudo. O que já foi feito parece nunca ser bastante. Este quadro intensifica o estresse, levando a incapacidade de dormir as horas necessárias para sentir-se confortável e descansado. Quando consegue dormir o sono é instável.
- Torna-se obcecado e ressentido, remoendo, revivendo e recordando as situações que o magoaram ou irritaram.
- À medida que o co-dependente sente o seu descontrole perante a vida, começa abertamente a tentar controlar e manipular outras pessoas ou situações.
- O co-dependente pode não aprovar totalmente algumas de suas próprias ações, mas quando desafiado justifica abertamente as ações de maneira irada e irritada.
- Começa a viver os problemas do presente e do passado, aumentando-os. A pergunta principal é: Por que eu?
- Pode estar muito preocupado com as finanças da família, mas, impulsivamente gasta dinheiro para sentir-se melhor. Fica convencido de que merece o que comprou mas sente culpa e remorso. Nesta etapa é comum perder o apetite ou comer demais, geralmente culpa as outras pessoas negando a própria disfuncionalidade pessoal.
- Começa a experimentar períodos de intenso nervosismo. Perde a auto confiança, a esperança e a crença em um poder superior qualquer que seja.
- Existe uma tendência a confiar somente em si mesmo ou focalizar o adicto para obter soluções para os seus problemas.
- Considera que pessoalmente não tem nenhum problema. O problema está nos outros, portanto, pessoalmente não precisa de ajuda.
- Devido a tensão física e psíquica, a velocidade do pensamento torna-se incompatível com a possibilidade de realização, não conseguindo resolver problemas simples. Tem sentimentos de impotência e frustração com a vida.
- O co-dependente experimenta múltiplos sentimentos de frustração, mas não consegue identificar o que está errado.
- O estado de tensão agrava-se aumentando a insônia e o sono intermitente ou dormindo demais.
- Deixa de ter coerência emocional, expressa sentimentos sem que saiba qual o seu real significado. Fica deprimido sem razão ou irado sem motivo aparente.
- O co-dependente perde o controle sobre o seu comportamento, inicialmente com o adicto e com as crianças. Este comportamento manifesta-se através de punições exageradas às crianças ou sob forma de agressividade verbal e física ao dependente. Acontecem sem nenhum aviso. São mudanças dramáticas.
- Não sente-se mais um pouco deprimido ou um pouco feliz, mas sim, extremamente feliz e extremamente deprimido.
- Deixa de procurar amigos e a família, sendo esta uma atitude insidiosa. Não aceita mais convites, perde encontros e não mais responde às chamadas telefônicas.
- Permanece mais tempo solitário, justificando o isolamento com o argumento de que ninguém o entende e nem se preocupa com ele.
- Focaliza somente a sua opinião e decisão, sendo incapaz de considerar outros pontos de vista. Está com a mente fechada. Sente medo e não sabe o porquê.
- Problemas físicos começam a ocorrer, como: dores de cabeça, enxaquecas, dores de estômago, dores no peito, erupções e alergias entre outros.
- Desesperado para conseguir algum alívio da dor física ou emocional, é comum o co-dependente lançar mão de psicoativos ou remédios prescritos. O co-dependente tem a ilusão temporária de resolução dos problemas crescentes.
- Devido a uma série de razões, mas principalmente a intensificação da negação, o medo imobilizador e os ressentimentos, o co-dependente nega o seu problema.
- Para defender a auto-estima, o co-dependente racionaliza. Como resultado uma mudança ocorre no sistema de valores. É mais fácil acreditar que "Eu não me importo" do que aceitar que "Eu estou fora de controle". Deixa de acreditar que uma vida organizada é possível.
- Começa a acreditar que a situação é desesperadora. Sente que tem somente duas ou três opções: ficar louco, cometer suicídio ou entorpecer-se com remédios e/ou álcool.
- Sintomas físicos tornam-se tão severos que necessitam de atenção médica.
- Pode haver inúmeros sintomas o que deixa o co-dependente completamente disfuncional.
- Tendo aparentemente tentado de tudo para lidar com os problemas, o co-dependente não encontra mais nenhuma maneira para lidar com sua vida que torna-se totalmente incontrolável. Neste ponto pode apresentar-se deprimido, hostil, ansioso, ficando totalmente fora de controle.

¹ Etapa 10-10 do curso "O que é dependência química?", encarte especial da Revista MIND, periódico do Centro de Tratamento Bezerra de Menezes, ano III, n.20, nov/dez, 1998.

² Maria Heloisa Bernardo é psicóloga especialista em dependência química.

O que é Dependência Química?

ANEXO C – ATRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NA CLÍNICA

ATRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL DA CLÍNICA OBSERVADA

(Conforme Manual de Organização da Clínica, s/data. p. 8-9)

- ✓ realizar entrevista com o paciente e/ou familiar para obter dados do seu histórico;
- ✓ avaliar a família e propor acompanhamento adequado ao caso;
- ✓ prestar informações sobre o programa terapêutico implementado pela clínica;
- ✓ coordenar grupos familiares;
- ✓ manter contato permanente com o profissional responsável na empresa pelo encaminhamento com objetivo de informá-lo e orientá-lo quanto ao procedimento como paciente;
- ✓ acompanhar a evolução do paciente;
- ✓ realizar seminários dirigidos aos pacientes internos;
- ✓ manter cadastro atualizado dos profissionais de recursos humanos das empresas com a finalidade de contatar com os mesmos;
- ✓ informar familiares sobre a alta do paciente e orientar sobre o necessário;
e
- ✓ participar das reuniões técnicas.

APÊNDICES

Florianópolis, setembro de 2005.

Olá!

Sou aluna da oitava fase do curso de graduação em Serviço Social da UFSC, estando neste semestre elaborando meu trabalho de conclusão de curso (TCC).

O tema do meu trabalho será a co-dependência.


A escolha deste tema envolve muitas questões que vão desde a identificação pessoal até a curiosidade profissional por um tema que, por ser de abordagem recente, ainda não tem uma produção bibliográfica expressiva, principalmente em relação ao trabalho do profissional do Serviço Social.

Tenho participado semanalmente das reuniões com o grupo de famílias (desde 05/07/2005) a convite da assistente social (Dra. Jaira), que vem desenvolvendo um trabalho de reconhecida importância com este grupo.

*Neste sentido, visando completar meu ciclo de observação e coleta de dados, que além de subsidiar o meu trabalho irão contribuir para que a clínica possa reavaliar e enriquecer cada vez mais o trabalho desenvolvido, solicito que, **de maneira voluntária e anônima**, você possa contribuir respondendo o breve questionário que segue.*

Desde já agradeço sua colaboração e confiança no trabalho por mim desenvolvido.

Atenciosamente,


Rosemeri Stein
Matrícula UFSC 01184261 – semestre 2005-2.

Quadro das observações realizadas

ASPECTOS OBSERVADOS NO GRUPO ACOMPANHADO*			
Grupo	Coordenação do grupo (Assistente Social).)	Envolvimento da equipe	Temas abordados
<ul style="list-style-type: none"> - apresentam muitas dúvidas com relação ao processo de adoecimento e de tratamento; - é aberto (somente para familiares de pacientes em tratamento) e heterogêneo com alta rotatividade; - é permitido dar feedback (retorno às falas); - membros revelam sintomas co-dependentes; - os membros se identificam; - proporciona troca de experiências; - seguem os rituais dos grupos de auto-ajuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - acolhimento; - articulação com outros assistentes sociais das empresas conveniadas com a clínica, para tratar de aspectos do tratamento; - busca alternativas diante das dificuldades econômicas do paciente para se manter em tratamento; - fornece orientações e esclarecimentos sobre o tratamento; - Intermediação das falas; - o primeiro contato é através da entrevista inicial (realizada logo após a internação do paciente); - tem o domínio dos conteúdos apresentados. 	<ul style="list-style-type: none"> - a equipe apóia o trabalho com os grupos; - alguns técnicos participam dos grupos em ocasiões especiais (entrega de faixas – símbolo de recuperação); - discordâncias com relação aos encaminhamentos para o tratamento; - há troca entre os membros da equipe (reuniões diárias); os profissionais médicos é que prescrevem o tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - aspectos da <i>co-dependência</i>; - aspectos das <i>adições</i>; - depressão; - dúvidas e dificuldades no tratamento; - recaídas (dos pacientes e da família); - seminário anual de prevenção a recaídas.

* Foram produzidos 14 (quatorze) relatórios de observação no período de 05/07/2006 a 01/11/2005.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO COM AS FAMÍLIAS
QUESTIONÁRIO – GRUPO DE FAMÍLIAS

1. Qual o seu parentesco com o paciente:

() Mãe () Pai () Irmã(o) () Filho(a) () Cônjuge () Outro: _____
(Qual?)

2. Situação atual do paciente (com relação ao tratamento):

() Paciente interno (primeira internação)
() Paciente interno (nova internação)
() Paciente em tratamento externo (hospital dia ou hospital turno)
() Não é paciente – está em sobriedade
() Não é paciente – está em recaída
() Outra situação: (Qual?) _____

3. Qual a sua frequência no grupo de famílias (grupo de 3ª feira - 18h00m)

() Toda semana
() De 01 até 03 vezes por mês
() Ocasionalmente (passa mais de um mês sem vir)
() Primeira vez

4. Qual a (principal) motivação para participar do grupo?

() Venho porque tenho uma necessidade pessoal (me faz bem vir)
() Venho porque é importante para recuperação do paciente (faz parte do tratamento)
() Venho a pedido da equipe (obrigação)
() Venho para receber informações sobre o paciente e/ou a doença
() Outro motivo: (Qual?) _____

5. Qual a (principal) contribuição do grupo para você?

() Esclarece dúvidas sobre o tratamento (espaço de trocas)
() Ameniza sentimentos ruins (culpa, impotência, etc.)
() Fornece orientações sobre o paciente
() Não tem contribuído
() Outra contribuição:(Qual?) _____

6. Na sua percepção, qual a contribuição do profissional do Serviço Social no trabalho desenvolvido com este grupo? (Por favor, utilize o espaço do verso para a sua resposta).

OBSERVAÇÃO: O espaço do verso também está disponível para você fazer algumas observações/sugestões sobre a dinâmica do grupo. Sua contribuição é muito importante.

Obrigada por sua colaboração.